

# ***Vécu des femmes en décompensation psychotique durant la période post-partum***

*Une revue de littérature étoffée*

Travail de Bachelor

Par

**Marion Baudois**

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Madame Catherine Matter

**Haute Ecole de Santé Fribourg**

Soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

## **RESUME**

**But :** La présente revue de littérature a pour objectif de comprendre le vécu et les expériences des femmes en décompensation psychotique hospitalisées durant la période post-partum. A partir des résultats, des pistes d'action pourront être proposées pour la pratique professionnelle auprès de cette population.

**Méthode :** En respectant des critères d'inclusion et d'exclusion, 11 recherches scientifiques ont été sélectionnées dans la base de données PubMed. Elles ont ensuite été analysées à l'aide de grilles. Toutes ces études ont un lien direct avec la question de recherche : « Quel est le vécu des femmes en décompensation psychotique durant la période post-partum ? ».

**Résultats :** Les résultats montrent que les mères présentant une maladie mentale ont bien souvent peur de perdre la garde de leur enfant, ce qui peut engendrer des difficultés à gérer la maladie mentale. L'interaction mère-enfant, quant à elle, est inévitablement touchée par la crise psychopathologique de la mère. De plus, les stigmatisations sociales peuvent augmenter leur stress. L'importance d'un entourage social et familial ressort aussi. La continuité des soins au-delà de l'hospitalisation est identifiée comme un aspect aidant par ces mères. Finalement, plusieurs études démontrent le défi qu'est la gestion de la maladie mentale tout en assurant son rôle de mère, à quoi nous pouvons ajouter le stress de devoir prouver ses compétences parentales.

**Conclusion :** Cette revue systématique met en lumière le vécu et les expériences des femmes en décompensation psychotique dans la période post-partum. Bien que les recherches soient encore maigres sur cette thématique, des réponses ont pu être données à la question de recherche et de nombreuses pistes d'actions pour la pratique professionnelle ont pu être identifiées.

**Mots-clés :** *experiences, mother, psychosis, postpartum*

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier ma directrice de travail, Madame Catherine Matter, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils sans lesquels cette revue n'aurait pas vu le jour.

Un grand merci à ma famille ainsi qu'à Baptiste Ecoffey et Adrian Perrotet pour leurs précieuses relectures et leur soutien sans faille.

Un merci tout particulier à mes collègues de classe et notamment à Noémie Bongard, Elodie Geinoz et Alexia Morand pour nos nombreux échanges et réflexions sur l'élaboration de cette revue de littérature.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
1.1. Etat des connaissances .....	6
1.2. Problématique.....	9
1.3. Question de recherche .....	10
1.4. Buts et objectifs poursuivis .....	11
1.5. Intérêt du problème pour la pratique professionnelle .....	11
1.6. Fondements théoriques .....	12
1.6.1. Définitions des concepts principaux.....	12
1.6.1.1. Attachement et parentalité .....	12
1.6.1.2. Situation de crise et périnatalité .....	12
1.6.1.3. Troubles psychotiques .....	13
1.6.1.4. Hospitalisation psychiatrique durant la période post-partum .....	14
1.6.2. Cadre de référence : éthique et droit.....	15
1.6.2.1. Principe d'autonomie et droits du patient .....	16
1.6.2.2. Principe de bienfaisance.....	17
1.6.2.3. Principe de non-malfaisance.....	17
1.6.2.4. Principe de justice .....	18
1.6.2.5. Droits de la famille.....	18
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>20</b>
2.1. Choix du devis .....	20
2.2. Méthodologie de recherche .....	20
2.3. MeshTerm utilisés pour la recherche .....	20
2.4. Critères d'inclusion.....	21
2.5. Critères d'exclusion .....	21
2.6. Extraction des données .....	21
2.7. Stratégies de recherches et résultats .....	21
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
3.1. Catégorisation des résultats .....	24
3.1.1. Peur de la perte de la garde de l'enfant .....	24
3.1.2. Stigmatisations sociales.....	26
3.1.3. Rôle parental et interaction mère-enfant.....	27
3.1.4. Entourage social et familial.....	28

3.1.5. <i>Gestion de la maladie mentale</i> .....	29
3.1.6. <i>Services de santé et prestations de soins</i> .....	30
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
4.1. Analyse et regard critique des recherches sélectionnées .....	32
4.2. Discussion des résultats .....	33
4.2.1. <i>Peur de la perte de la garde et prestations de soins</i> .....	33
4.2.2. <i>Stigmatisations sociales</i> .....	36
4.2.3. <i>Equilibre entre rôle parental et gestion de la maladie mentale, rôle de l'entourage social et familial</i> .....	37
4.3. Réponse à la question de recherche .....	40
4.4. Impacts sur la pratique professionnelle.....	41
4.5. Besoins en recherches ultérieures .....	42
4.6. Limites de l'étude .....	42
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>44</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXE A : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ</b> .....	<b>49</b>
<b>ANNEXE B : SCHÉMA DU PROCESSUS DE RECHERCHE</b> .....	<b>50</b>
<b>ANNEXE C : ANALYSE DES RECHERCHES</b> .....	<b>51</b>
<b>ANNEXE D : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANNEXE E : GRILLES D'ANALYSE DES RECHERCHES</b> .....	<b>56</b>
Recherche 1 .....	56
Recherche 2 .....	61
Recherche 3 .....	65
Recherche 4 .....	69
Recherche 5 .....	72
Recherche 6 .....	75
Recherche 7 .....	81
Recherche 8 .....	87
Recherche 9 .....	93
Recherche 10 .....	99
Recherche 11 .....	104
Recherche 12 : exclue .....	112

# **1. INTRODUCTION**

## **1.1. ETAT DES CONNAISSANCES**

Le terme psychose a été « introduit en 1844 par le psychiatre autrichien Feuchtersleben » (Friard, Leyreloup, Louesdon, Stolz & Windisch, 1994, p. 35). Il désigne alors des affections mentales graves qui impliquent une désorganisation importante de l'ensemble de la personnalité (Amar, Aubert, Perlemuter G., Perlemuter L., Pitard & Quevauvilliers, 2006, p.73). Selon Amar et al. (2006), jusqu'en 2000, le DSM-IV classait les pathologies psychiatriques dans deux principales catégories de troubles: les névroses et les psychoses. Aujourd'hui, les classifications internationales ont peu à peu éliminé ces deux termes qu'il est préférable de ne plus utiliser, à la fois pour des raisons scientifiques (les diagnostics sont aujourd'hui plus précis) et par respect pour les malades (ces termes ont peu à peu développé une connotation péjorative) (p. 73). Dans le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux),

les névroses ont laissé place aux troubles anxieux et aux troubles somatoformes, les psychoses maniaco-dépressives et psychoses mélancoliques sont devenues trouble bipolaire et trouble dépressif majeur. Le qualificatif psychotique apparaît au chapitre de la schizophrénie sous mention : schizophrénie et autres troubles psychotiques, cette expression faisant allusion aux psychoses aiguës à caractère transitoire et aux délires chroniques » (Amar et al., *ibid.*, p. 73).

Ensuite, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), citée par l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN, 2011), « les troubles psychiques occupent une place centrale quant à la charge de morbidité. Chaque année, 25 à 30% de la population sont concernés par de tels troubles, la moitié environ de la population étant atteinte au moins une fois au cours de sa vie » (p. 16).

L'OBSAN (2004) déclare que la principale forme de psychose est la schizophrénie avec une prévalence de 0.5-1%. « Les hommes et les femmes sont touchés dans les mêmes proportions. Outre la schizophrénie, il existe des troubles non organiques qui, sur la base du tableau clinique, ne peuvent être classés clairement ni parmi les schizophrénies ni parmi les maladies affectives. Il n'existe pas d'estimation fiable de la prévalence de ce groupe de psychoses » (p.2). Il n'est donc pas possible aujourd'hui de connaître un chiffre exact sur les décompensations psychotiques en Suisse.

L'approche infirmière des patients présentant une décompensation psychotique est complexe. Aujourd'hui, « peu de travaux interrogent le désir d'enfant des patientes

schizophrènes » (Choudey, Ducroix, & Vacheron, 2008, p.505). Cazas (2007) affirme qu'« il n'est pas rare que la femme schizophrène nouvellement enceinte disparaisse des consultations et ne revienne qu'au moment de l'accouchement ou quelques mois plus tard en pleine décompensation confusionnelle » (p.1056). La prise en charge mère-enfant est alors extrêmement complexe.

Une mère hospitalisée dans les premiers mois de vie de son enfant traverse évidemment une période de crise, la crise étant « un changement décisif, un moment aigu de déséquilibre » (Doron & Parot, cités par Formarier, 2009, p.126).

Paul-Claude Racamier cité par Dugnat (1999, p. 98) décrit la maternalité comme étant « une phase où le fonctionnement psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité psychotique ». L'issue de cette période de crise va dépendre de la solidité de l'organisation psychique préalable et de l'entourage de la mère. Ainsi, le vécu de la maternalité d'une femme présentant une réactivation de son trouble psychotique ou une première décompensation sera problématique : « les décompensations psychiatriques sont fréquentes : elles peuvent être liées aux processus même de la maternité, ou survenir dans le cadre de troubles » antérieurs à la grossesse. (Cazas, 1999, cité par Mathioly & Nezelof, 2007).

On proposera alors peut-être une « hospitalisation conjointe mère-bébé, visant deux objectifs, l'un thérapeutique, l'autre préventif » (Dugnat, 1999, p.97). Le département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA, 2003) des hospices cantonaux vaudois explique la prise en charge mère-enfant dans une unité d'accueil, d'observation et de crise (AOC) du CHUV. Leur objectif est d'« assurer la prise en charge des situations du « post-partum » à travers des hospitalisations » mère-enfant. Les soins s'organisent autour de l'accompagnement (espace contenant et continu) de la mère et de son bébé dans leur relation (p.9). Le déroulement de l'hospitalisation est expliqué en quatre points (DUPA, *ibid.*, p.10) :

1. Préparation du séjour : il est nécessaire « d'éclaircir avec les thérapeutes extérieurs le motif d'hospitalisation » et de présenter l'unité à la mère ainsi qu'à son entourage. Il est aussi essentiel de recueillir les informations auprès du pédiatre, de la maternité, de leur famille et du réseau social, concernant l'anamnèse et les conditions d'accouchement.
2. Accueil de la maman et de son bébé : à leur arrivée, l'équipe infirmière est attentive à instaurer un climat de confiance afin d'amorcer le climat thérapeutique.

3. Mise en place du projet thérapeutique : le travail se fait « en double-référence, c'est-à-dire qu'un infirmier se charge de la maman, et qu'un second se concentre autour du lien mère-enfant » :
- Observation/Evaluation : en début d'hospitalisation, une période d'observation du soin et de l'attention que la mère porte à son bébé est nécessaire. Puis, en collaboration avec divers professionnels, est alors évaluée la relation mère-bébé.
  - Importance du cadre : un cadre est établi et signé par les soignants et la patiente ; au cours de l'hospitalisation, ce cadre peut être modifié à tout moment. Sur celui-ci sont clarifiés les éléments suivants : « les soins et les moments que la maman passe avec son bébé et si les soins sont effectués par elle seule ou avec le soutien d'un infirmier » ; le temps durant lequel la porte entre la chambre de la mère et celle de son enfant est ouverte ; les congés ; la possibilité pour la maman de déléguer à une infirmière les soins de nuit.
  - Collaboration: l'équipe travaille en collaboration avec une physiothérapeute qui pratique des massages sur le bébé et enseigne certains gestes à la maman, et si nécessaire avec une assistante sociale. Cette collaboration consiste aussi en l'accompagnement de la maman et du bébé lors de ses rendez-vous, et dans l'organisation des rencontres avec le réseau. Comme le signalent Kulkarni & Mccauley-Elsom (2007), la collaboration entre tous les professionnels impliqués dans les soins de mères présentant des troubles psychotiques est essentielle afin de fournir les meilleurs soins pour elles et leur famille.
  - Collaboration avec l'entourage : le père est le plus souvent possible associé à la prise en charge, ses heures de visites sont flexibles.
  - Supervision de l'équipe médico-infirmière : une Doctoresse soutient l'équipe pour ce genre de prise en charge, permettant ainsi à l'équipe « de profiter d'un regard d'expert sur les relations familiales et de créer un espace de médiation infirmiers/médecins »
4. Critère de sortie : régression des symptômes ayant amené la patiente à l'hôpital et l'empêchant d'assumer sa fonction maternelle

La prise en charge est donc pluridisciplinaire, elle touche les soins à la mère et les soins à la relation mère-enfant. L'hospitalisation ne prend de sens qu'en s'articulant avec le travail en réseau tissé autour de la mère et de son enfant (Mathioly et al., 2007, p.87)



Selon Mathioly et al. (2007), ces hospitalisations mère-bébé présentent une complexité et des limites. En effet, les objectifs de travail de ces unités peuvent parfois s'accorder difficilement avec certains troubles, notamment les femmes ayant « des structures paranoïaques organisées » (p.86) et vivant les interventions thérapeutiques de manière persécutive, ne laissant pas de possibilité d'accès au bébé et aux interactions. De plus, les demandes d'hospitalisations proviennent parfois de la justice (hospitalisation non volontaire, demande de placement provisoire). Ceci peut exiger des équipes de soins de « devenir des experts de l'évaluation des capacités maternantes », leur position devient alors ambiguë : Mathioly et al.(ibid.) se questionnent à se sujet « Peut-on concilier soin et expertise ? Notre regard ne risque-t-il pas de perdre sa fonction d'étayage ? » (p. 86). Ces questions restent jusqu'alors en suspens dans la littérature. Finalement, l'objectif d'une telle hospitalisation n'est pas de « maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de permettre un travail sur le lien qui les unit, quel qu'en soit le devenir » (p.87).

## **1.2. PROBLÉMATIQUE**

Aujourd'hui, les femmes souffrant de sévères maladies mentales, comme la schizophrénie, aspirent à une vie et des rôles sociaux intégrés dans la communauté. De plus, « l'efficacité des neuroleptiques et la politique en santé mentale encouragent » leur insertion et les « invitent à mener une vie aussi proche de la normale, donc ils ont des relations sexuelles, ils ont des enfants » (Cazas, 2007, p. 1056). La proportion des personnes souffrant de sévères maladies mentales qui deviennent parents a augmenté, bien qu'elle reste inférieure à celle de la population en général (Diaz-Caneja & Johnson, 2004). Durant la grossesse, les décompensations psychotiques sont rares (Danion-Grilliat et al., s.d., p.4). En effet, la grossesse « remplit la femme de l'intérieur tandis que le corps s'élargit de l'extérieur » (Jardel, 2009, p.63). Ce vécu permet à la femme de se représenter le petit être qui grandit en elle. Après neuf mois, l'enfant fait « parti » de la mère. L'accouchement peut alors être vécu comme un arrachement, « réactivant ainsi les angoisses de morcellement » (Bayle, 2008, p.25). La décompensation psychotique en période post-partum est une urgence psychiatrique et nécessite un traitement pour assurer la sécurité de la mère et de son enfant (Spinelli, 2009, p.406). Une hospitalisation peut alors être recommandée voire imposée dans une unité de psychiatrie ou de psychiatrie périnatale. Cette seconde est définie par Glangeaud-Freudenthal (2011) comme étant une branche récemment développée de la

psychiatrie, cherchant à traiter le trouble mental maternel et à promouvoir le développement de l'enfant. En effet, il est maintenant reconnu que les liens mère enfant ainsi que les soins à l'enfant sont sérieusement affectés dans les phases aiguës de la maladie mentale et durant l'hospitalisation (Bhargavaraman, 2006, p.285).

Jusqu'alors, les besoins et expériences des mères présentant une maladie mentale ont reçu que très peu d'attention dans la recherche (Diaz-Caneja & Johnson, 2004, p. 472). On peut toutefois se demander comment ces femmes peuvent investir leur nouveau rôle de mère alors qu'elles sont dans une phase aiguë et instable de la maladie. De plus, il serait intéressant d'investiguer leur expérience et leurs besoins dans de telles circonstances. Comment peuvent-elles s'approprier cet enfant et leur nouveau rôle dans cette période de crise aiguë ? Ainsi, des pistes d'actions seront trouvées pour optimiser l'accompagnement infirmier de ces mères durant leur hospitalisation en psychiatrie dans la période post-partum.

Finalement, les résultats seront discutés à l'aide du cadre de référence *éthique et droit*. En effet, ces situations revêtent un caractère extrêmement complexe et lorsque les professionnels sont confrontés à celles-ci, un certain nombre de craintes et de questionnements se posent alors. Les soignants ont une responsabilité à l'égard de la santé de la mère certes, mais aussi celle de l'enfant. Ajouté à cela, ils ont un devoir, celui d'assurer la sécurité de la mère et de son enfant, mais vont aussi avoir un rôle dans l'analyse de la capacité de discernement de la mère et dans le respect des droits de celle-ci. Parfois, la bienfaisance, donc faire le bien, auprès de la mère, peut être perçue par cette dernière comme étant à l'encontre de ses désirs et droits, mais va permettre d'assurer la sécurité de l'enfant. C'est alors que peut naître un questionnement éthique sur les capacités de la mère à faire face à ses responsabilités, et peut-être aussi sur le rôle des soignants dans des situations aussi complexes. En effet, comme le disent Mathioly et Nezelof (2007), les soignants sont dans une position ambiguë : ils sont à la fois les mieux et les moins bien placés pour exercer la fonction d'expert dans l'évaluation des capacités maternantes.

### **1.3. QUESTION DE RECHERCHE**

Quel est le vécu des femmes en décompensation psychotique hospitalisées dans une unité de psychiatrie durant la période post-partum ?

#### **1.4. BUTS ET OBJECTIFS POURSUIVIS**

Le but de la présente revue systématique de littérature est de comprendre le vécu et les expériences des femmes en décompensation psychotique et hospitalisées en psychiatrie durant la période post-partum. Ceci permettra de faire un état des connaissances actuelles sur le thème et d'identifier des pistes d'actions pour optimiser l'accompagnement et l'approche thérapeutique de ces femmes et de leurs enfants.

#### **1.5. INTÉRÊT DU PROBLÈME POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

La prise en charge d'une patiente en décompensation psychotique est complexe. Quand celle-ci vit une crise de la vie, c'est-à-dire ici la naissance de son rôle de mère, la situation revêt une complexité d'autant plus importante. Un traitement médicamenteux sera probablement d'une grande aide, mais le fait de porter cette recherche sur le vécu de ces mères permettra d'offrir un nouveau point de vue sur l'approche thérapeutique de celles-ci. En outre, selon Kulkarni et McCauley-Elsom (2007), il est nécessaire d'explorer la prise en charge des femmes qui ont une histoire dans la psychose et qui vivent la maternité. Dans ce travail, la question de recherche a essentiellement un impact sur l'approche infirmière en psychiatrie, mais elle est inévitablement liée à divers corps de métiers. Les résultats de cette revue de littérature seront probablement intéressants pour les infirmières travaillant certes en psychiatrie mais aussi pour celles exerçant en maternité ou même en pédiatrie. Des pistes d'actions sur la manière d'accompagner une mère en décompensation psychotique dans l'appropriation de son nouveau rôle permettront peut-être d'anticiper certains problèmes qui pourraient survenir plus tard.

## **1.6. FONDEMENTS THÉORIQUES**

### **1.6.1. Définitions des concepts principaux**

#### ***1.6.1.1. Attachement et parentalité***

L'attachement est « décrit comme un processus interactionnel progressif, qui débiterait au cours de la grossesse et se prolongerait tout au long de l'enfance » (Formarier & Jovic, 2009, p.80). Le tout premier lien d'attachement mère-enfant se fait lorsque la mère prend conscience qu'elle porte en elle un être séparé. Cette prise de conscience se fait au cours du cinquième mois de grossesse, lorsque « la mère va ressentir les premiers mouvements subreptices de son futur bébé. (...) Jusqu'à ce moment, la mère et le bébé à venir sont un, (...) la mère peut entretenir l'image narcissique d'une totale fusion » (Brazelton & Cramer, 1991, cités par Formarier et al., *ibid.*, p.36). De ce fait, il est judicieux de se demander comment cela se passe chez une femme en décompensation psychotique. En effet, cette sensation d'avoir en elle un être séparé peut réactiver les angoisses de morcellement (Bayle, 2008, p.48). Ainsi, si elle ne prend pas conscience qu'elle porte en elle un être distinct, l'accouchement sera vécu comme un arrachement. Comment va-t-elle alors vivre ce « détachement » pour ensuite créer des liens d'attachement avec son enfant ? Dans cette revue, nous allons nous centrer sur les premiers mois post-partum et nous demander comment la femme psychotique vit sa parentalité. Stoleru & Morales-Huet (1989), cités par Missonnier (2009), décrivent la parentalité comme étant « l'ensemble des représentations, des affects et des comportements du sujet en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus » (p. 40). Il sera alors intéressant de se demander quels sont les besoins de la femme psychotique pour vivre cette parentalité tout en étant en période de crise psychopathologique.

#### ***1.6.1.2. Situation de crise et périnatalité***

« Durant la grossesse et notamment lors de la première maternité survient un remaniement psychologique normal lié à la puerpéralité appelé aussi par Paul-Claude Racamier *maternalité* ». La maternalité se caractérise par une crise d'identité (De Reyff & Rochat, 2011, p.1). De plus, Racamier cité par Dugnat (1999, p. 98) décrit la maternalité comme

« une phase où le fonctionnement psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité psychotique ».

Selon Doron & Parot, cités par Formarier (2009), « la crise est liée à un événement ponctuel et localisé : c'est un changement décisif, un moment aigu de déséquilibre. La notion de crise est donc liée à celle de continuité ou de discontinuité » (p.126). Plus précisément, le concept de crise en psychiatrie est défini par De Clercq (1997) comme étant « une perturbation aiguë du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter » (p.21). Il explique ensuite que le patient ou sa famille se retrouvent face à l'impossibilité de résoudre ce problème ; la crise amène alors l'émergence d'un symptôme. Celui-ci devenant rapidement insupportable, le patient ou son entourage demandera alors de l'aide auprès d'une structure adaptée. L'urgence est décrite comme la partie visible de cet iceberg. Selon De Clercq, il est important de ne pas confondre la crise et l'urgence (p.21).

Pour Séguin, Brunet & Leblanc (2006, p.9), il existe trois types de crises :

- La crise psychosociale : « détresse provoquée par une situation problématique (...) mais dont la nature demeure dans les frontières de la normalité » (Auderset, 2011)
- La crise psychotraumatique : précipitée par un élément traumatique
- La crise psychopathologique : « une réaction émotionnelle intense vient compliquer la résolution de la crise. (...) Lorsque des personnes avec des antécédents de problèmes de santé mentale ou de grande vulnérabilité psychologique vivent des situations difficiles, elles se retrouvent en crise plus rapidement ».

Il est alors possible d'en déduire qu'une femme ayant déjà vécu des épisodes psychotiques par le passé et vivant une crise d'identité (maternité), se retrouve plus rapidement dans une crise dite psychopathologique. C'est pourquoi le concept de crise est utilisé dans cette revue de littérature.

### ***1.6.1.3. Troubles psychotiques***

Tout d'abord, les troubles psychotiques se caractérisent pas des distorsions de la pensée, des affects et du comportement. On observe aussi une altération marquée de la perception de la réalité, ce qui affecte le fonctionnement et engendre des difficultés à répondre aux exigences de la vie (Gerety, McFarland & Wasli, 1999, p.190).

On classe les symptômes en deux groupes. Il y a les « symptômes positifs : hallucinations, idées délirantes, comportements bizarres (par exemple agressivité, automutilation, méfiance) ; et les symptômes négatifs : absence de motivation, anhédonie, distractibilité ou inattention sélective, difficultés à prendre une décision, ralentissement psychomoteur » (Gerety et al., *ibid.*, p. 192).

Les illusions sont de « fausses perceptions, des interprétations erronées de stimuli externes réels », alors que les hallucinations sont de « fausses perceptions sensorielles, sans stimuli externes » (Townsend, 2010, p. 380). Les idées délirantes sont des « croyances erronées fondées sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure et qui persistent en dépit des preuves manifestes de leur fausseté ou de leur caractère irrationnel » (Townsend, *ibid.*, p.380).

Les personnes atteintes de psychoses « perdent le contact avec la réalité. » (MedLine Plus, 2011). Postel (1990), cité par Friard et al. (1994), décrit aux différentes psychoses un certain nombre de caractères communs :

- Gravité des troubles qui entraînent souvent des déficiences importantes, conduisant sur le long terme à un véritable handicap
- Absence de conscience de la morbidité des troubles
- Etrangeté, bizarrerie des troubles, ressenties par l'entourage avec un sentiment de malaise étant donné qu'il est difficilement possible d'en discuter véritablement avec la personne malade
- Difficulté de la communication, parfois incommunicabilité totale
- Repli sur soi-même plus ou moins important, s'accompagnant d'une rupture avec la réalité extérieure

Ainsi, dans cette revue systématique de littérature, nous allons inclure les études menées sur les femmes présentant une décompensation psychotique du post-partum ou une décompensation psychotique d'un trouble déjà présent avant la grossesse (antécédents de décompensation psychotique ou schizophrénie).

#### ***1.6.1.4. Hospitalisation psychiatrique durant la période post-partum***

Selon Gedeney et Sutter-Dallay (2010), plusieurs études démontrent que la période périnatale est une « période de vulnérabilité psychique, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions et de l'humeur ». Les psychoses puerpérales (1 à 2 pour mille des naissances) sont le seul diagnostic à être individualisé dans le DSM. Pour les autres

pathologies dites plus chroniques (trouble de la personnalité ou schizophrénie par exemple), la situation de parentalité peut engendrer une décompensation. Celle-ci peut alors, pour diverses raisons, nécessiter une hospitalisation. Actuellement, il existe deux types d'hospitalisation :

- Hospitalisation mère-bébé :

Ce type d'hospitalisation a été expérimenté pour la première fois en Grande-Bretagne en 1948. Aujourd'hui, il a bien évolué et ses objectifs sont de deux types : thérapeutiques et préventifs. En effet, le traitement des troubles de l'interaction mère-bébé passe inévitablement par le traitement de la psychopathologie de la mère. De plus, la prévention est nécessaire pour éviter une séparation brutale entre la mère et son enfant, séparation qui pourrait être nocive au devenir de l'enfant et de sa mère (Dugnat, 1999, p.97).

- Hospitalisation individuelle de la mère :

« Proposer une hospitalisation mère-bébé pour faire accepter des soins psychiatrique à la mère », l'envisager pour éviter une séparation mère-bébé, l'utiliser comme lieu d'hébergement des situations sociales précaires sont des contre-indications à l'hospitalisation mère-bébé qui peuvent même être délétères à la prise en charge (Mathioly et Nezelof, 2007, p. 84). Ainsi une hospitalisation individuelle pourrait être requise, notamment si toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies. En effet, la décompensation psychotique en période post-partum peut impliquer un « risque de suicide et d'infanticide », ce qui requiert alors une hospitalisation en service spécialisé psychiatrique. De ce fait, une hospitalisation dans une unité mère-bébé peut être contre-indiquée, principalement dans un premier temps (Duverger & Malka, s.d.).

### **1.6.2. Cadre de référence : éthique et droit**

« L'éthique professionnelle, souvent appelée déontologie, (...) s'intéresse aux problèmes moraux particuliers qui se posent aux professionnels, tels que (...) les médecins, les infirmières » (Blackburn, 1996, p.4). Le mot « éthique » signifie « ce qui devrait être ». Il se réfère « aussi bien aux pratiques et aux convictions morales du personnel de santé qu'à telle ou telle morale d'un groupe particulier à la quête de philosophie des principes de la morale » (Fry, 1994, p.21).

Selon Fry (ibid.), toute théorie de l'éthique est composée de principes éthiques qui guident pour la prise de décisions éthiques et l'engagement dans un acte moral. Ces principes permettent de justifier les règles qui sont suivies pour les soins aux patients. Dans la pratique clinique, les prises de décisions obéissent à des directives fondamentales : les principes éthiques et déontologiques. « Ainsi, les professionnels de la santé s'appuient fortement sur les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice (Hunt & Harras, 1977, Laufman, 1989, cités par Townsend, 2010, p.103). Ces quatre principes ainsi que les droits du patient et de la famille seront développés ci-dessous.

#### ***1.6.2.1. Principe d'autonomie et droits du patient***

Selon le principe d'autonomie, chacun a droit à sa liberté personnelle de déterminer ses propres actes, en fonction des plans qu'il a établis (Veatch et Fry, 1987, cités par Fry, 1994). « Dans les soins infirmiers, respecter les personnes en tant qu'individus autonomes, c'est reconnaître que leurs choix résultent de leurs convictions et de leurs valeurs personnelles même si leurs capacités sont momentanément ou durablement modifiées par l'âge ou la maladie » (ASI, 2003, p.11). Le fait de favoriser l'autonomie engendre donc à une individualisation des soins. De manière plus concrète, le principe d'autonomie est étroitement lié aux droits de la personne (ASI, ibid.). Selon la brochure Sanimédia (2005) qui résume les **droits du patient** dans les cantons suisses de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud, le patient a divers droits :

- Droit à l'information : le patient est en droit d'être informé sur son état de santé ; lors de l'admission, il reçoit une information écrite sur ses droits, devoirs et sur les conditions de séjour
- Consentement libre et éclairé : aucun soin ne peut être donné sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur ; il est en droit de refuser des soins
- Directives anticipées et représentant thérapeutique : « toute personne a le droit de formuler des directives anticipées pour spécifier le type de soins qu'elle aimerait recevoir ou non, au cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté » (p.8), elle est en droit de désigner un représentant thérapeutique qui sera alors chargé de faire des choix sur les soins dans les situations où la personne n'est plus en mesure de s'exprimer
- Droit au libre choix : dans le cas d'un traitement ambulatoire, le patient peut choisir le professionnel de la santé ainsi que l'établissement sanitaire auxquels il souhaite s'adresser.



- Mesures de contrainte : toute mesure de contrainte est, par principe, interdite, sauf si « le comportement du patient présente un danger grave pour sa santé, sa sécurité ou pour celles d'autres personnes » (p.12)
- Secret professionnel : le patient a droit au respect de la confidentialité de la part des professionnels
- Accès au dossier : le patient a le droit d'accéder à son dossier et d'en demander des explications si nécessaire
- Droit à être accompagné : le patient hospitalisé a droit à une assistance et des conseils, il peut demander le soutien de ses proches et s'il le désire peut faire appel à un accompagnant extérieur
- Dons d'organes et de tissus : une personne peut, de son vivant donner ses organes à des fins de transplantations.

Dans la thématique de cette étude, c'est-à-dire les mères en décompensation psychotique durant la période post-partum, certains droits sont en jeux. En effet, le consentement éclairé peut être entravé suite à une déclaration d'incapacité de discernement. De ce fait, des mesures de contrainte peuvent être mises en place, notamment pour promouvoir la sécurité de la patiente mais aussi celle de son enfant.

#### **1.6.2.2. *Principe de bienfaisance***

Le souci de faire le bien, ou la bienfaisance se réfère à « l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, à l'obligation morale de protéger et défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé » (ASI, 2003, p.13). Dans la pratique, certains principes ont la priorité sur d'autres : par exemple, « le devoir de respecter l'autonomie de la personne peut, dans certains cas, passer après le devoir de protéger la personne ou les autres quand le client risque de se causer du tort ou d'en causer à autrui » (Townsend, 2010, p.103). Ainsi, le principe de non-malfaisance peut devenir prioritaire sur celui d'autonomie lors de l'approche thérapeutique. Par exemple, si la mère n'est plus en contact avec la réalité et qu'elle se met elle-même ou son bébé en danger, on va peut-être devoir atteindre à son autonomie en mettant en place des mesures de contrainte, dans le but de faire le bien, de la protéger elle-même et son enfant.

#### **1.6.2.3. *Principe de non-malfaisance***

La non-malfaisance « consiste à s'abstenir de commettre des actions dont les conséquences nuiraient à autrui (Laufman, 1989, cité par Townsend, 2010, p.103). Elle implique la

capacité de « reconnaître, de réduire et d'éviter les risques potentiels » (ASI, 2003, p.16). Plus concrètement, dans les soins infirmiers, le respect de ce principe « conduit à ne pas nuire au patient ou à la communauté » (ASI, *ibid.*, p.16). La non-malfaisance se réfère aux droits de la personne (ne pas être offensée, ne subir aucune violence ou contrainte physique ou morale, être protégée contre les dommages résultant d'erreurs de comportement et/ou de jugements professionnels, entre autres), et au devoir des soignants : reconnaître les dangers potentiels, réduire les risques de préjudice physique ou psychologique dans les activités de soins et de recherche, intervenir lorsqu'un danger est reconnu (ASI, *ibid.*). Ainsi, ce principe peut mettre le soignant dans un conflit éthique profond : s'il respecte le principe de non-malfaisance, son rôle sera de ne pas nuire à la personne. Or, une patiente en privation de liberté et ayant une quelconque mesure de contrainte va percevoir cela comme une nuisance et non comme un bien pour elle.

#### **1.6.2.4. Principe de justice**

Le dernier principe, celui de justice, s'apparente dans certaines théories à l'équité. Ce principe « se fonde d'abord et avant tout sur l'établissement d'un contrat social hypothétique entre des personnes libres, égales et rationnelles (Raws, 1971, cité par Townsend, 2010, p.103). La justice implique le devoir de reconnaître et respecter les droits, intérêts, mérites d'une personne ou d'un groupe. Ainsi, dans les soins, on peut séparer la justice en justice sociale (traiter chacun avec équité selon ses besoins) et en justice distributive (décider d'une affectation juste des ressources) (ASI, 2003). Ces deux parts du principe de justice impliquent ce qui est appelé le *decent minimum* : assurer un droit aux soins à tous (ASI, 2003, p.37).

#### **1.6.2.5. Droits de la famille**

Le principe de justice est étroitement lié aux droits du patient cités plus haut, et aux lois en vigueur. En effet, dans le cadre de cette revue de littérature, nous nous intéressons aux mères durant la période post-partum. Ainsi, le code civil suisse comporte divers articles de lois sur les droits de la famille (Confédération suisse, 2012). Tout d'abord, l'article 307 C. sur la protection de l'enfant stipule que l'« autorité tutélaire prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les père et mère n'y remédient pas d'eux-mêmes ou soient hors d'état de le faire ». De plus, cette autorité

peut, lorsque cela est nécessaire, nommer à l'enfant « un curateur qui assiste les père et mère de ses conseils et de son appui dans le soin de l'enfant (...) l'autorité parentale peut être limitée en conséquence » (art. 308 C.). Ainsi, cette mesure permettrait de maintenir le lien avec l'enfant, tout en ayant une aide, un soutien et des conseils dans l'éducation de l'enfant. Le retrait du droit de garde de l'enfant peut être prononcé lorsque l'autorité tutélaire « ne peut éviter autrement que le développement de l'enfant ne soit compromis », elle le place ensuite de façon appropriée (art. 310 C., alinéa 1). Il est important de rajouter que « lorsqu'un enfant a vécu longtemps chez des parents nourriciers, l'autorité tutélaire peut interdire aux père et mère de le reprendre s'il existe une menace sérieuse que son développement soit ainsi compromis » (art. 310 C., alinéa 3). Ceci implique que le retrait de la garde de l'enfant n'est, à priori, pas définitif, mais qu'il peut le devenir si cette mesure est jugée plus adaptée pour l'enfant. Les besoins ainsi que la protection de l'enfant sont donc les priorités dans ces articles de lois. Finalement, le retrait de l'autorité parentale par l'autorité tutélaire de surveillance peut être prononcé « lorsque d'autres mesures de protection de l'enfant sont demeurées sans résultat ou paraissent d'emblée insuffisantes », et lorsque les parents ne sont pas en mesure d'exercer l'autorité parentale pour cause, entre autre, de maladie ou d'infirmité (art. 311 C., alinéa 1).

## **2. MÉTHODOLOGIE**

### **2.1. CHOIX DU DEVIS**

Pour l'établissement de ce travail, nous allons faire une revue de littérature étoffée avec une question de recherche. Ce type d'étude permet d'établir l'état des connaissances sur un sujet et d'apporter des pistes d'actions pour la pratique. Il « inspire de nouvelles idées de recherche et jette les bases de nouvelles études » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.138). Nous allons donc rechercher, selon des critères précis expliqués ci-dessous, des études que nous mettrons ensuite en lien afin d'obtenir des résultats.

### **2.2. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Selon Loiselle et al. (2007), après avoir défini des mots clés ainsi que des concepts, le chercheur trouve des références prometteuses à l'aide de diverses bases de données. Il les extrait et les sélectionne selon leur pertinence et leur justesse. Les références pertinentes sont ensuite lues, classées, analysées et synthétisées. Finalement, le chercheur rédige l'analyse documentaire (p.145).

Ainsi, afin de trouver des recherches scientifiques sur le thème choisi, nous avons utilisé la plateforme Pubmed. Dans un premier temps, nous avons introduit les MeshTerm sur la plateforme mais le résultat n'a pas été probant, même en associant les MeshTerm entre eux. Nous avons donc finalement recherché des groupes de mots sur Pubmed. Les stratégies de recherche sont expliquées ci-dessous.

### **2.3. MESHTERM UTILISÉS POUR LA RECHERCHE**

Les MeshTerm défini au départ pour effectuer nos recherches sont bien étaient les suivants.

[Psychotic disorder]	[Trouble psychotique]	[Infant]	[Enfant]
[Postpartum]	[Post-partum]	[Experience]	[Expérience]
[Perinatal care]	[Soin périnatal]	[Mother]	[Mère]

## **2.4. CRITÈRES D'INCLUSION**

Les critères d'inclusion utilisés durant la totalité de la recherche sont les suivants :

- Date : de 1995 à 2011
- Langues : Français, Allemand, Anglais
- Lien direct avec la question de recherche
- Etudes qualitatives et quantitatives

## **2.5. CRITÈRES D'EXCLUSION**

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Etudes uniquement centrées sur les dépressions du post-partum
- Etudes dont les résultats n'ont aucun lien avec notre question de recherche
- Etudes rédigées avant 1995

## **2.6. EXTRACTION DES DONNÉES**

Pour extraire les données de chaque recherche scientifique trouvée grâce aux méthodes et critères cités ci-dessus, nous allons utiliser les grilles d'analyse d'une recherche qualitative, respectivement, quantitative. Ces grilles sont fortement inspirées de celles qui ont été modifiées le 13 septembre 2009 par C. Bassal et N. Nadot, provenant de la source suivante : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

## **2.7. STRATÉGIES DE RECHERCHES ET RÉSULTATS**

### ***Stratégie 1***

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « care in mother-baby unit » :

- 43 recherches dont 3 retenues :

Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., Sutter, A.-L., Thieulin, A.-C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M.-A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P.-Y. & Khoshnook, B. (2011). Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care: factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26, 215-223.

Gay, M.P., Glangeaud-freudenthal, M.-C., Poinso, F. & Rufo, M. (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archive Womens Mental Health*, 5 (2), 49-58.

Mack, K, Snellen, M. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (6), 902-911.

### **Stratégie 2**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « mother and baby unit psychosis » :

- 40 recherches dont 2 retenues :

Bhargavaraman, R.P., Chandra, P.S., Raghunandan, V. & Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 285-288.

Hohm, E., Hornstein, C., Rave, E., Schwarz, M., Trautmann-Villalba, P. & Wortmann-Fleischer, S. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? *Archives of women's mental health*, 9, 279-284.

### **Stratégie 3**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « psychiatric mother baby satisfaction » :

- 33 recherches dont 2 retenues :

Antonysamy, A., Wieck, A. & Wittkowski, A. (2009). Service satisfaction on discharge from a psychiatric mother and baby unit: representative patient survey ». *Archives of women's mental health*, 12, 359-362.

Neil, S., Sanderson, H. & Wieck, A. (2006). A satisfaction survey of women admitted to a psychiatric mother-baby unit in the northwest of England. *Archive of Women's Mental Health*, 9, 109-112.

### **Stratégie 4**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « mother mental health crisis » :

- 33 recherches dont 1 retenue :

Freeman, M., Johnson, S., Khalifeh, H., Killaspy, H. & Murgatroyd, C. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis : a qualitative study. *Psychiatric services*, 60 (5), 634-639.

### **Stratégie 5**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « maternal mental health perinatal psychiatry » :

- 59 recherches dont 1 retenue :

Abel, K.M., Moulton, S. & Wan, M.W. (2007). The service needs of mothers with schizophrenia : a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry*, (30), 177-184).

### **Stratégie 6**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « postpartum period mental disorder » :

- 1800 recherches dont 1 retenue dans l'encadré « Tittle with your search terms » :

Munk-Olsen, T. & all. (2009). Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 189-195.

### **Stratégie 7**

Recherches trouvées sur PubMed sans utiliser de MeshTerm, en tapant directement « psychosis motherhood » :

- 19 recherches dont 1 retenue :

Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (20 04). The views and experiences of severely mentally ill mothers . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 472-482.

### **Stratégie 8**

Recherche provenant de la bibliographie l'étude suivante : Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (20 04). The views and experiences of severely mentally ill mothers . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 472-482.

- 1 recherche retenue :

Geller, J.L., Nicholson, J. & Sweeney, E. M. (1998). Focus on Women : Mothers with mental illness : I. The competinng demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric services*, 49 (5), 635-642.

### **3. RÉSULTATS**

Pour l'élaboration de cette revue de littérature, 11 recherches ont été retenues, 6 sont qualitatives et 5 quantitatives. Une étude a été exclue ; elle était tout à fait en adéquation avec les critères d'analyse méthodologique, mais elle s'éloignait trop du thème de la recherche. Ceci est schématiquement résumé dans l'Annexe B.

L'échantillon est composé dans la plupart des études de mères (N=10) ayant une maladie psychiatrique dont le diagnostic est posé pour la première fois en période post-partum ou ayant une rechute d'une maladie psychiatrique connue. Les chercheurs de deux études s'intéressent à l'opinion des « gestionnaires de cas », c'est-à-dire divers professionnels prenant en charge à un moment ou à un autre une mère présentant une maladie mentale. Il s'agit entre autre d'infirmiers, de sages-femmes ou d'obstétriciens.

#### **3.1. CATÉGORISATION DES RÉSULTATS**

Une fois l'analyse des recherches faite (Annexe C), nous avons élaboré une synthèse des résultats (Annexe D). Six thèmes principaux ont alors pu être définis. Il s'agit des suivants :

- Peur de la perte de la garde de l'enfant (N=7)
- Stigmatisations sociales (N=4)
- Rôle parental et interaction mère-enfant (N=8)
- Entourage social et familial (N=6)
- Gestion de la maladie mentale (N=7)
- Services de santé et prestations de soins (N=5)

Chacune de ces thématiques sera analysée individuellement dans ce chapitre.

##### **3.1.1. Peur de la perte de la garde de l'enfant**

Selon Gay et al. (2002), la limite de la neutralité des soignants est la protection de l'enfant. D'ailleurs, plusieurs études expliquent que les services de protection de l'enfant ou les services sociaux sont impliqués dans de nombreuses situations : 70% des situations selon Antonysamy et al. (2009) ; 40% selon Mack et al. (1999). Ceci semble avoir un impact important sur les mères : 3 études ressortent un point essentiel : la majorité des mères disent avoir peur d'exprimer leurs inquiétudes liées à la parentalité, de crainte de perdre la



garde de l'enfant ; cette peur semble dominer les interactions avec les services de santé et sociaux (Diaz-Caneja et al., 2004 ; Antonysamy et al., 2009 ; Freeman et al., 2009). En effet, selon Diaz-Caneja et al. (2004), il s'agit d'une crainte omniprésente durant les interactions avec les professionnels de la santé mentale mais aussi avec les services liés au bien-être de l'enfant.

Gay et al. (2002) ont évalué si les femmes sortant d'une unité mère-bébé étaient séparées ou non de leur enfant. Durant l'étude (sept années consécutives), 22,8% des mères ont été séparées de leurs enfants. D'autres chiffres sont ressortis de nombreuses études : selon Geller et al. (1998), 57,3% des mères ne vivaient pas avec leurs enfants. Antonysamy et al. (2009) déclarent que 10,5% des femmes ont été séparées de leurs enfants, et sur l'échantillon étudié par Neil et al. (2006), on parle de 9,6%. Finalement, en 1999, Mack et al. déclarent que 13% des mères ont perdu la garde.

La résiliation des droits parentaux et donc la perte de la garde de l'enfant est, selon deux auteurs, un coup dur. Certaines mères disent même avoir perdu leur but dans la vie (Diaz-Caneja et al., 2004 ; Geller et al., 1998 ). Elles ont aussi identifié le fait que la douleur de perdre la garde d'un enfant ne disparaîtra jamais. Selon Geller et al. (1998), la façon dont ces situations sont traitées par les fournisseurs de soins peut avoir un impact énorme sur le bien-être des femmes et de leurs enfants.

Bhargavaraman et al. (2006) étudient l'impact des idées délirantes liées à l'enfant sur l'interaction mère-bébé. Les mères ayant des idées délirantes disant que leur enfant va être tué ou que l'on va lui porter préjudice, sont plus susceptibles d'avoir un comportement affectueux avec le bébé. Cependant, elles manifestent une crainte importante de perdre l'enfant ; et lorsqu'elles sont séparées de celui-ci, elles sont susceptibles de présenter une agitation importante.

Selon Geller et al. (1998), la récupération peut être compromise si la mère n'a pas de contact avec son enfant. De plus, une hospitalisation engendre bien souvent un placement provisoire de l'enfant, ce qui augmente la peur de la perte de la garde. A noter que l'inquiétude par rapport à la perte de la garde peut contribuer à la décompensation (Geller et al., 1998 ; Diaz-Caneja, 2004).

En 2007, Abel et al. explorent les besoins des mères atteintes de schizophrénie en interrogeant divers professionnels de la santé. A aucun moment dans cette étude n'est mentionnée la peur de la perte de la garde chez ces mères.

### **3.1.2. Stigmatisations sociales**

Geller et al. (1998) ont interrogé des professionnels ayant travaillé en santé mentale ainsi que des mères atteintes de maladie mentale dans le but de comprendre leur expérience parentale. Selon eux, « les femmes atteintes de maladie mentale sont victimes de stigmatisations sociales, même avant qu'elles ne soient enceintes ». Le désir normal de porter et d'élever un enfant est compromis par les attitudes sociales négatives. Les mères ressentent alors un stress supplémentaire, celui de devoir faire leurs preuves. En outre, compte tenu de la stigmatisation et des stéréotypes, les gens peuvent rapidement tenir pour responsable la maladie mentale de la mère lorsque l'enfant a des problèmes. Diaz-Caneja et al. (2004) ajoutent que les mères sont considérablement préoccupées par l'impact des stigmatisations sur les enfants et la possibilité qu'ils soient de ce fait rejetés. La majeure partie de ces mères estiment que les malades mentaux ne sont pas nécessairement incompetents dans leur rôle parental.

Selon Abel et al. (2007), cette stigmatisation sociale, attachée à la maladie mentale dans la société, s'est étendue aux travailleurs de la santé. En effet, ces chercheurs ont interrogé divers travailleurs afin d'explorer les besoins des mères atteintes de schizophrénie. 47% des répondants ont estimé que les femmes souffrant de schizophrénie reçoivent un soutien insuffisant durant la période post-partum, y compris dans les unités mère-bébé. Ils estiment que l'ignorance et la stigmatisation sociale sont responsables de ce soutien insuffisant, lui-même lié à un manque de formation en santé mentale et aux stigmatisations sociales attachées à la schizophrénie et à la maternité. Divers résultats soulignent la nécessité d'une meilleure éducation au sein des services de santé (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004 ; Freeman et al., 2009). En effet, la majorité des femmes interrogées dans l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004) estiment que la stigmatisation associée à leur maladie les a empêchés à plusieurs reprises de parler ouvertement des problèmes qu'elles rencontrent ; elles décrivent le sujet de la parentalité comme un tabou. Freeman et al. (2009) constatent eux aussi la même chose : les mères sont préoccupées par l'inquiétude que leur rôle parental soit jugé négativement si elles parlent aux professionnels.

### **3.1.3. Rôle parental et interaction mère-enfant**

Les mères atteintes de maladie mentale sont en équilibre entre les exigences de la parentalité et les défis de la vie avec une maladie mentale (Geller et al. 1998 ; Diaz-Caneja et al., 2004). Comme décrit plus haut, elles ressentent un stress de devoir faire leurs preuves en tant que parents. Elles ont fréquemment des difficultés à savoir si leur stress de s'occuper des enfants est normal ou s'il contient des symptômes de la maladie (Geller et al., 1998). De plus, les mères de l'échantillon de Diaz-Caneja et al. (2004) ressortent le fait que la maternité leur a redonné un but dans la vie et augmenté leur estime de soi, ce qui augmente leur motivation à prévenir les rechutes. Toutefois, elles soulignent aussi la pression d'avoir à faire face en même temps à leur rôle parental et à leur maladie mentale.

Freeman et al. (2009) explorent les expériences des parents traités à domicile pour une crise de santé mentale aiguë. Les inconvénients de ce type de traitement couramment décrits par les patients étaient liés aux difficultés à tenir son rôle parental tout en étant en crise. Cinq thèmes ressortent principalement : difficultés à répondre aux besoins physiques de l'enfant, manque de connectivité émotionnelle avec les enfants (« je sais que je les aime mais je ne ressens rien »), exposition des enfants à des symptômes de détresses ou des troubles du comportement, intégration directe des enfants dans les symptômes, surcharge de l'enfant en lui donnant des responsabilités de prestation de soins (inversion des rôles). La majeure partie des participants interrogés (enfants et parents) ont dit préférer un traitement hospitalier plutôt qu'à domicile, en raison des difficultés liées au rôle parental.

Malgré les difficultés liées au rôle parental, de nombreuses études ressortent les bénéfices de l'hospitalisation dyadique (Neil et al., 2006 ; Antonysamy et al., 2009 ; Abel et al., 2007 ; Gay et al., 2002 ; Mack et al., 1999). En effet, les mères ont estimé que le fait d'avoir le bébé avec elles dans une unité spécialisée était l'aspect le plus aidant de ce type d'hospitalisation et engendrait une grande différence sur leur rétablissement (Neil et al., 2006 ; Antonysamy et al., 2009). L'encouragement et le travail à la création du lien avec l'enfant est essentiel (Abel et al. 2007 ; Gay et al., 2002). Le rôle de ces unités mère-bébé est d'aider les parents à développer une identité en tant que parents : le soignant devrait avoir une attitude réservée mais rester à disposition des mères durant les moments anxiogènes (Gay et al., 2002). En effet, Mack et al. (1999) démontrent que l'amélioration de la qualité de la contribution de la mère dans l'interaction avec son enfant engendre une amélioration de l'état mental de la mère. Ainsi, une amélioration de la qualité de l'interaction diminuerait les troubles de la pensée et les facteurs paranoïaques.

En outre, les mères ont à accomplir toutes les tâches de routine de la parentalité ainsi que de gérer leur maladie. En luttant pour relever ce défi double, les mères peuvent perdre de vue les problèmes typiques de la parentalité et s'évaluer elles-mêmes avec des standards irréalistes. Elles ont alors des difficultés à identifier les problèmes normaux de la parentalité (Geller et al., 1998).

#### **3.1.4. Entourage social et familial**

Deux tiers des femmes d'une étude menée auprès de plus de 800 femmes hospitalisées dans une unité mère-bébé vivent avec un partenaire. 51% de ces partenaires auraient une maladie mentale (Glangeaud-Freudenthal et al., 2011).

Selon Glangeaud-Freudenthal et al. (ibid.), si le partenaire de la mère (que ce soit ou non le père du bébé) a un diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique, le taux d'amélioration est le plus bas de l'étude. Ceci est confirmé par Antonysamy et al. (2009) : si le conjoint a un historique de trouble mental, les risques de récurrence en post-partum chez la mère schizophrène sont considérables. En revanche, si le partenaire n'a pas de trouble psychiatrique, il s'agit là d'un facteur aidant dans la stabilisation du trouble de la mère.

Selon diverses études, durant la période de crise, il est essentiel d'avoir un réseau social et familial (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004 ; Freeman et al., 2009 ; Gay et al., 2002). En effet, en cas de rechute c'est une difficulté pour la mère de savoir où va l'enfant. S'il peut être placé provisoirement dans la famille, ceci peut être plus acceptable pour la mère que s'il doit aller dans une famille d'accueil (Diaz-Caneja et al., 2004). A noter que selon Abel et al. (2007), la participation de la famille large serait une ressource considérable pour permettre à la mère de s'adapter à la parentalité. De plus, Freeman et al. (2009) décrivent le rôle clé du père et de la fratrie qui permettraient de protéger les enfants du « plein impact de la crise ».

Les mères s'inquiètent de l'impact de la maladie mentale sur leurs enfants et s'interrogent sur leurs besoins (Freemmann et al., 2009 ; Diaz-Caneja et al., 2004). Dans l'étude menée par Freemmann et al. (2009), les mères étaient en mesure de décrire leur propre lutte pour répondre aux besoins de l'enfant, mais elles avaient des difficultés à réfléchir sur ce que les enfants avaient vécu durant la crise. Une crainte très présente chez les mères de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004) était la peur que leurs enfants deviennent aussi malades pour des raisons génétiques ou environnementales. Il est alors suggéré qu'une évaluation des

besoins de l'enfant soit automatiquement faite lors d'une prise en charge psychiatrique de la mère.

Finalement, l'importance du réseau social est démontrée par Glangeaud-Freudenthal et al. (2011). En effet, l'intégration sociale de la mère est très étroitement liée à une amélioration de l'état de santé mentale, amélioration plus marquée que chez les femmes ne travaillant pas ou recevant des prestations d'invalidité ou de chômage.

### **3.1.5. Gestion de la maladie mentale**

Comme expliqué dans le chapitre précédent, les mères ayant une maladie mentale ressentent une pression d'avoir à faire face en même temps à leur rôle parental et à leur maladie mentale (Diaz-Caneja et al., 2004 ; Geller et al., 1998). Leurs besoins peuvent être en conflit avec ceux des enfants et elles peuvent mettre la priorité sur ceux de l'enfant et laisser les leurs de côté. Les mères peuvent choisir de ne pas prendre leur traitement ou de ne pas aller à l'hôpital pour répondre aux besoins de l'enfant à court terme, ce qui pourrait compromettre leur propre santé à long terme (Geller et al., 1998 ; Abel et al., 2007).

Mack et al. (1999) démontrent que l'hospitalisation diminue significativement les symptômes positifs des maladies schizophréniques dans la période post-partum mais que l'on peut observer un changement minime dans la symptomatologie négative. Ce résultat est d'autant plus intéressant que l'étude de Bhargavaraman et al. (2006) démontre que 78% des mères admises en post-partum dans un établissement psychiatrique et ayant une symptomatologie psychotique, présentaient un délire lié à l'enfant. Cette même étude souligne que des idées délirantes envers le bébé engendrent une plus grande incidence de violence.

Les besoins des femmes pour fonctionner en tant que mères doivent être pris en considération dans la planification du traitement et le développement de stratégies de gestion de la maladie. Il est primordial de soutenir les mères dans l'apprentissage de la reconnaissance des symptômes et des mesures de protection à adopter pour réduire le stress. Une mesure serait d'aider les mères à développer un plan de secours en cas d'hospitalisation. Ainsi, les femmes sans ressource ou sans plan pour la garde d'enfants pendant les hospitalisations peuvent retarder l'obtention de l'aide nécessaire jusqu'à ce qu'une véritable crise se développe (Geller et al., 2007).

L'étude menée par Gay et al. (2002) souligne l'importance d'un traitement médicamenteux, en parallèle à un travail sur le lien à l'enfant, l'expérience quotidienne, les

représentations de la mère. Cette même étude propose un programme d'éducation parentale, « Babies Projet ». Celui-ci est évalué par les professionnels de la santé. Ainsi, de nombreux items ont été jugés très utiles, notamment des conseils pratiques sur la garde des enfants et pour améliorer la qualité de l'interaction mère-enfant. Cependant, plusieurs femmes de l'échantillon de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004) soulignent le fait que les effets secondaires des médicaments peuvent porter atteinte à leur capacité à répondre aux besoins de leurs enfants, mais que cela n'aurait pas été suffisamment pris en compte par les professionnels.

Finalement, Glangeaud-Freudenthal et al. (2011) décrivent ceci : les femmes ayant un diagnostic de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques non affectifs sont 2.5 fois moins susceptibles d'avoir une amélioration nette durant la période post-partum, par rapport à celles ayant un diagnostic d'épisode dépressif. Cependant, ces chercheurs signalent un élément : le fait d'avoir un emploi ou d'être en formation permettrait une meilleure amélioration de l'état de santé mentale chez les mères hospitalisées durant la période post-partum. Il s'agit d'un élément important qui permettrait un retour à domicile avec l'enfant.

### **3.1.6. Services de santé et prestations de soins**

Trois études soulignent une satisfaction globalement bonne des soins de santé mentale reçus par les mères. En effet, selon Neil et al. (2006), 66% des femmes interrogées sont satisfaites des discussions qu'elles ont pu avoir avec les infirmières et selon Antonysamy et al. (2009), plus de 80% sont satisfaites. Néanmoins, au-delà de la crainte décrite par les mères de perdre la garde de l'enfant si elles venaient à parler de leurs difficultés liées à la parentalité, elles décrivent un profond silence de la part des professionnels à ce sujet. Selon les femmes de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004), les professionnels posent rarement des questions détaillées sur la vie sociale et familiale et plus particulièrement sur l'expérience de la parentalité. Les femmes qui ont perdu la garde de leur enfant décrivent elles aussi un « profond silence » de la part des professionnels quant à la question de la parentalité.

Plusieurs études insistent sur la nécessité de la continuité des soins au-delà de l'hospitalisation. On parle de mise en réseau des services de santé (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja, 2004). En effet, les travailleurs prénatals auraient tendance, selon Abel et al. (2007), à savoir peu de choses sur les services postnatals, et aucun des deux groupes n'aurait une connaissance suffisante sur les services communautaires, ou sur les

mécanismes efficaces de travail en partenariat. Selon Diaz-Caneja et al. (2004), une meilleure collaboration permettrait d'anticiper d'éventuelles rechutes. De plus, le manque de continuité des soins serait un obstacle majeur à l'appui de ces mères dans leur transition vers la maternité. En outre, dans cette mise en réseau, des visites à domicile permettraient de soutenir les mères pour s'adapter à la parentalité. Des groupes de soutien pour les mères ayant des problèmes de santé mentale sont proposés par les mères des deux études susmentionnées. Durant ceux-ci, les mères pourraient partager leurs expériences et obtenir des conseils pour mieux composer avec leur rôle parental. Dans le cadre de l'étude menée par Geller et al. (1998), des groupes des mères ont été formés pour comprendre leurs expériences parentales. La grande majorité était très contente de pouvoir parler de son expérience et de ses enfants. Beaucoup ont indiqué qu'elles n'avaient jamais eu l'occasion de parler avec d'autres mères se trouvant dans la même situation ; et la plupart étaient déçues que les groupes de discussions ne soient réunis qu'une seule fois.

En outre, l'échantillon de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004) souligne une difficulté pratique dans les services de soins. Il est parfois difficile de se rendre dans les centres de jours ou les services ambulatoires car les locaux ne sont pas adaptés pour les enfants. Ces mères soulignent aussi le fait que les locaux des services de santé mentale ne sont pas un environnement approprié pour les enfants.

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. ANALYSE ET REGARD CRITIQUE DES RECHERCHES SÉLECTIONNÉES**

Après l'analyse méthodologique des études retenues suite aux stratégies de recherche, les 12 recherches étaient méthodologiquement adéquates. Cependant, une a finalement été exclue. Le thème de cette dernière, les différences dans la perception de l'interaction mère-enfant en post-partum chez des femmes sévèrement dépressives ou psychotiques, était trop éloigné de la question de recherche (Hohm et al., 2006). Ainsi, 11 études ont finalement été retenues pour l'élaboration des résultats.

Chacune de ces 11 études est méthodologiquement bien construite (résumé, introduction, méthodologie, discussion), permet une analyse critique et donne des résultats pertinents. Les critères d'inclusion préalablement cités ont été respectés.

Les années de publication se situent majoritairement entre 2002 et 2011 (N=9). Les deux études les moins récentes sont de 1998 et 1999. Elles ont été retenues car, en totale adéquation avec la question de recherche, elles semblent être des références dans ce domaine encore peu exploré. En effet, le vécu des femmes psychotiques durant la période post-partum n'a que très peu été étudié et certaines études s'éloignent de part leurs objectifs de notre question de recherche, mais apportent finalement des résultats probants et en lien avec cette dernière. L'étude de Freeman et al. (2009) étudie les mérites relatifs d'un traitement à domicile contre une admission à l'hôpital, en explorant les expériences des mères traitées à domicile pour une crise de santé mentale aiguë. Cette recherche a été retenue car elle apporte un œil novateur (traitement à domicile pour une crise), tout en répondant à une partie de notre question de recherche (vécu/expérience de ces mères).

La population est constituée majoritairement de femmes présentant une maladie mentale (N=10). Une étude s'intéresse à la vision des professionnels sur les besoins de ces femmes et une autre interroge les professionnels ainsi que les mères. Seules deux études sont uniquement centrées sur les mères psychotiques et/ou schizophrènes ; les autres s'intéressent aux mères ayant une maladie mentale, mais nous avons évalué la proportion des mères psychotiques dans les échantillons considérable pour permettre des résultats adéquats. Un bon nombre de ces études a été mené durant ou à la sortie d'une hospitalisation dans une unité mère-bébé (N=5).



La majorité de ces études a été menée en Grande-Bretagne (N=6), ce qui n'est pas étonnant sachant que ce pays est le « berceau des hospitalisations mère-enfant » débutées dans les années 1950 (Guédeney et al., 2010).

La plus grande partie des études ont été approuvée par divers comités et agences d'éthique (N=7), les autres ont obtenues le consentement éclairé des participants et signalent avoir éliminé toute donnée identitaire.

## **4.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Dans ce sous-chapitre, nous allons reprendre les résultats développés ci-dessus et les discuter en les mettant en lien avec le cadre de référence *éthique et droit*. Les catégories élaborées dans le chapitre des résultats vont être regroupées et mises en lien. Le but premier de cette discussion est de répondre à la question de recherche qui est la suivante :

Quel est le vécu des femmes en décompensation psychotique hospitalisées dans  
une unité de psychiatrie durant la période post-partum ?

### **4.2.1. Peur de la perte de la garde et prestations de soins**

L'éthique des soins est une « réflexion systématique sur la dimension morale de la pensée et l'action soignante » (ASI, 2003, p.37). L'éthique a donc toute sa place dans la pratique quotidienne infirmière auprès de mères en période de crise psychopathologique. Selon Gay et al. (2002), la limite de la neutralité des soignants auprès de ces femmes est la protection de l'enfant. En effet, selon l'article 307 C. de la Confédération Suisse, l'« autorité tutélaire prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les père et mère n'y remédient pas d'eux-mêmes ou sont hors d'état de le faire ». L'article 311 C. ajoute que « lorsque, pour cause (...) de maladie, d'infirmité (...), les père et mère ne sont pas en mesure d'exercer correctement l'autorité parentale », l'autorité tutélaire prononce le retrait de l'autorité parentale. Ainsi, le soignant est constamment tiraillé entre divers principes éthiques et devoirs. Le principe de bienfaisance implique l'« obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, (...) et de protéger et de défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé » (ASI, ibid., p.13). Ajouté à cela, il est de son devoir d'avoir une responsabilité morale, c'est-à-dire « rendre compte à quelqu'un pour ses actes ou pour tel rôle

particulier » ; les normes de responsabilités morales sont stipulées par les codes de déontologie (ASI, 2003., p.39). La récupération peut être compromise si la mère n'a pas de contact avec son enfant (Geller et al., 1998). Le soignant va alors être tiraillé par un dernier concept éthique : la non-malfaisance. Il s'agit de « ne pas causer – délibérément ou non – de préjudice physique ou moral à autrui, de ne pas faire le mal, de prévenir le mal, de supprimer ce qui cause le mal ». Ainsi, si le soignant constate que ce qui fait le bien-être de la patiente est d'être auprès de son enfant, mais que son comportement est inadapté avec celui-ci, il sera alors dans un profond questionnement éthique, voire dans un devoir moral de protéger l'enfant, mais aussi la mère.

En outre, la majorité des mères n'osent pas exprimer les problèmes liés à la parentalité, de peur de perdre la garde de l'enfant (Diaz-Caneja et al., 2004 ; Antonysamy et al., 2009 ; Freeman et al., 2009). Un patient est en droit de demander « une assistance et des conseils » aux soignants (Sanimédia, 2005, p.18). Cette crainte est donc en opposition avec son droit et avec son principe d'autonomie. En effet, la personne doit être respectée « en tant qu'individu autonome » (ASI, ibid., p. 11), elle est en droit d'avoir et d'exprimer ses propres valeurs. Selon les mères de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004), les professionnels posent rarement des questions détaillées sur la vie sociale et familiale, et plus particulièrement sur l'expérience de la parentalité. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les professionnels ne considéraient pas cela jusqu'alors comme un sujet central des soins. En effet, une étude explorant la vision des professionnels de la santé sur les besoins des mères schizophrènes n'a apporté aucun résultat sur la peur de la perte de la garde (Abel et al., 2007). Nous pensons qu'il est extrêmement important d'informer les professionnels sur ce sujet et de les encourager à parler de la parentalité et à aborder avec la patiente ses droits en tant que mère, et de nommer les éléments qui pourraient engendrer une perte de la garde. Ainsi, le fait de parler de ces éléments décrits comme tabous permettrait de renforcer l'alliance thérapeutique d'une part, et d'autre part de diminuer cette peur de perdre la garde. Il est connu aujourd'hui que la crainte cette perdre peut engendrer une décompensation. Ainsi, nommer ces peurs et briser ce tabou pourrait éviter des conséquences dramatiques pour la patiente mais aussi pour son enfant.

Au-delà de cette peur, les mères qui ont déjà perdu la garde décrivent cela comme une perte douloureuse qui ne disparaîtra jamais (Diaz-Caneja et al., 2004). La façon dont les situations sont traitées par les professionnels de la santé peut avoir un impact énorme sur le bien-être de la femme et de ses enfants. C'est alors un devoir du professionnel de respecter le principe de bienfaisance et ainsi d'aider autrui à obtenir ce qui favorise son bien être

(ASI, 2003, p.13), en l'occurrence ici d'aborder la peur de la perte de la garde, la parentalité ainsi que la perte de la garde si elle a déjà eu lieu, car il s'agit d'un thème central pour les mères (Diaz-Caneja et al., 2004).

Plusieurs études ressortent la nécessité d'une continuité des soins au-delà de l'hospitalisation (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004). Il en résulte principalement la proposition de groupes/réunions de mères ayant une maladie mentale. Ceci permettrait à la personne d'agir de manière autonome, de définir ses objectifs personnels et d'agir en conséquence, c'est-à-dire participer à ses propres soins (ASI, 2003, p.11) tout en partageant son expérience avec des personnes dont les problématiques sont similaires. Nous estimons que de tels groupes permettraient encore une fois de briser ce long silence et de considérer ces femmes dans leur globalité, c'est-à-dire en prenant en compte autant leurs problèmes de santé que leurs besoins en tant que mères et femmes.

L'échantillon de l'étude de Neil et al. (2006) ressort un élément clé : 50% des mères sont satisfaites de leur implication dans leurs propres soins. Ainsi, dans un réseau de soins, la mère pourrait être dirigée vers des professionnels adaptés tout en décidant de ce qu'elle désire ou non. Le suivi de la mère et celui de l'enfant serait alors plus adéquat. Freeman et al. (2009) suggèrent une évaluation systématique des besoins de l'enfant, que ce soit pour un traitement ambulatoire, à domicile ou hospitalier. Nous pensons que ceci pourrait être extrêmement utile et permettrait une approche thérapeutique globale. Ce genre d'évaluation nous semble cependant plus utile lors d'hospitalisations ultérieures, quand l'enfant est plus âgé, plutôt que durant la période post-partum.

Finalement, les mères soulignaient la difficulté qu'elles ont de faire venir leurs enfants en visite à l'hôpital, étant donné que les locaux ne sont pas toujours adaptés à cette jeune population (Diaz-Caneja et al., 2004). Suite aux résultats précédents, nous pouvons nous demander si elles ne craignent pas de faire venir leur enfant dans un milieu de soins où elles ont peut-être peur qu'on leur enlève la garde. De plus, Geller et al. (1998) affirment qu'une hospitalisation engendrant un placement provisoire de l'enfant augmente la peur de la perte de la garde. Sachant que la communication mère-enfant est mauvaise, aussi bien pendant la crise que par la suite (Freeman et al., 2009), il est alors essentiel de favoriser la continuité de ce lien déjà fragilisé par la maladie. Le fait d'accueillir l'enfant, dans la mesure des possibles et aussi souvent que possible, permettrait peut-être de faire un pas pour combler ce « profond silence » (Diaz-Caneja et al., 2004). Ce silence est décrit par les patientes, mais on peut se demander quelle est son origine. Dans la littérature, nous ne retrouvons pas d'explication, mais nous pouvons émettre diverses hypothèses. Les

soignants se concentreraient principalement sur la patiente dans l'ici et maintenant, durant son hospitalisation, et ne mettraient pas une priorité sur les besoins de la femme dans son rôle de mère. Une autre hypothèse pourrait être le fait que les soignants n'osent pas évoquer la maternité car ils ont peut-être un avis sur ce genre de situations, avis probablement influencé par les stigmatisations sociales. Peut-être pensent-ils qu'une femme malade ne peut être mère et, ne voulant le dire à la patiente, vont préférer éviter le sujet. D'autres hypothèses peuvent être faites et la réalité en est probablement encore différente, mais ce « profond silence » mériterait de faire l'objet d'une recherche auprès des professionnels.

#### **4.2.2. Stigmatisations sociales**

Bien avant d'être enceinte, les femmes atteintes de maladie mentale sont victimes de stigmatisations sociales. Le désir de porter, puis la parentalité, sont compromis par les attitudes sociales négatives (Geller et al., 1998). Le terme « stigmatisation » désigne un « phénomène social complexe qui touche, dans les différentes sociétés connues, différents groupes sociaux, parmi lesquels les personnes souffrant de troubles graves de santé mentale » (Lopez, 2007, p.794). Ainsi, les stigmatisations sociales seraient entre autre, le fruit des valeurs. Les valeurs sont des normes ou des qualités souhaitables de respecter. Elles peuvent être d'ordre moral ou non. Les valeurs morales sont « attribuées à des actes, des comportements, des intuitions ou des traits de caractères » (Frankena, 1983, cité par Fry, 1994, p.8). Les valeurs autres que morales ne sont pas de nature morale mais sont liées aux « préférences personnelles, aux croyances et convictions, aux questions de goût » (Fry, ibid., p.8). Les stigmatisations de la psychiatrie en général sont liées à divers éléments : les hôpitaux psychiatriques sont souvent « séparés du reste des services sanitaires et sociaux », les comportements étranges, liés aux symptômes, que les personnes ayant une maladie mentale peuvent présenter et les « épisodes de violences occasionnés chez une minorité de ces personnes, (...) les images diffusées par les moyens de communications » (Lopez, 2007, p.794). Selon Abel et al. (2007), cette stigmatisation sociale s'est étendue aux travailleurs de la santé mentale qui offriraient alors un soutien insuffisant, lié à un manque de formation sur la maladie mentale et la maternité. Les mères sont d'ailleurs préoccupées par l'inquiétude d'être jugée négativement si elles parlent de leur rôle parental aux professionnels (Diaz-Caneja et al. 2004 ; Freeman et al., 2009). Certaines femmes décrivent même le sujet de la parentalité chez les personnes présentant une maladie mentale comme un tabou. Plusieurs études insistent sur la nécessité d'une meilleure

formation à ce sujet dans les services de santé (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004 ; Freeman et al., 2009). Nous pensons que ce tabou entrave la création du lien thérapeutique et peut même avoir un fort impact sur la guérison même de la mère. On sait que la personne doit être prise dans sa globalité pour une approche thérapeutique optimale. Ainsi, il serait indispensable de parler de cette parentalité et de clarifier les rôles du soignant, mais aussi ses droits devoirs et ceux de la patiente. L'authenticité ainsi que le non-jugement paraissent, dans de telles situations, indispensables.

Selon Diaz-Caneja et al. (2004), les mères sont considérablement préoccupées par les stigmatisations sociales ainsi que l'impact que celles-ci peuvent avoir sur leurs enfants. Selon Geller et al. (1998), les mères atteintes de maladie mentale sont en équilibre entre les exigences de la parentalité et les défis de la vie avec une maladie mentale. A cela, nous pouvons alors assurément ajouter le stress de devoir prouver qu'elles peuvent être mères.

#### **4.2.3. Équilibre entre rôle parental et gestion de la maladie mentale, rôle de l'entourage social et familial**

Les besoins des mères ayant une maladie mentale peuvent être en conflit avec ceux des enfants, et elles peuvent mettre une priorité sur ceux de leurs enfants, ce qui pourrait compromettre leur santé à long terme (Abel et al., 2007 ; Geller et al., 1998). Il semblerait que ces mères sont prises dans un conflit éthique, probablement inconscient dans la plupart des cas, partagées entre la bienfaisance et la non-malfaisance. En effet, la bienfaisance va leur imposer une obligation morale de favoriser le bien-être d'autrui, en l'occurrence ici de l'enfant, et la non-malfaisance va les contraindre à ne pas commettre d'action dont les conséquences nuiraient à l'enfant. Les mères sont disposées à demander et obtenir de l'aide pour elles-mêmes si elles sont convaincues que ce sera aidant pour l'enfant. Ainsi, si elles pensent que le besoin premier de l'enfant est d'être avec leur mère (bienfaisance), le principe de non-malfaisance va être négligé en mettant peut-être en danger l'enfant ou en négligeant ses besoins réels car l'état de santé mentale ne permet plus, à certains moments, d'être complètement ouverts à l'autre.

Durant la période post-partum chez une mère ayant une maladie schizophrénique, l'hospitalisation diminue significativement les symptômes positifs de la maladie (Geller et al., 1999). Sachant que 78% des mères ayant une symptomatologie psychotique durant la période post-partum ont des idées délirantes directement liées à l'enfant (Bhargavaraman

et al. 2006), ce résultat est extrêmement intéressant et même rassurant. En effet, si l'on en croit l'étude de Bhargavaraman et al. (ibid.), les idées délirantes envers le bébé engendrent une plus grande incidence de violence. Si l'on considère que les idées délirantes font partie des symptômes dits positifs, le fait qu'ils diminuent considérablement durant l'hospitalisation pourrait être un pronostic positif pour la création du lien ainsi que pour le maintien de la garde de l'enfant. Nous imaginons que ceci pourrait être expliqué aux mères lors de leur hospitalisation, en disant qu'il est reconnu que l'amélioration de la symptomatologie psychotique augmente les chances d'être auprès de l'enfant et de créer un lien avec celui-ci.

De plus, les besoins des femmes en tant que mères (Geller et al., 1998) ainsi que les besoins de l'enfant (Freeman et al., 2009) doivent être pris en considération dans la planification du traitement et le développement de stratégies de gestion de la maladie. Ainsi, une mesure qui permettrait d'éviter que les femmes retardent la demande d'aide serait d'aider les mères à développer un plan de secours en cas d'hospitalisation (Geller et al., 1998). Il pourrait s'agir là d'un droit du patient : « le droit de formuler des directives anticipées pour spécifier le type de soins » désirés ou non (Sanimédia, 2005, p.8). Les directives anticipées sont possibles mais particulières en psychiatrie. En effet, dans d'autres domaines, « il s'agit souvent de statuer sur ce qu'on ne connaît pas mais porte le risque d'advenir (coma, sénescence), ici, il s'agit de statuer sur ce que l'on connaît parce qu'il s'est déjà produit », en l'occurrence ici une décompensation psychotique (Hatam et Michel, 2005, p.35). Les directives anticipées sont un « moyen de formaliser une connaissance de sorte à devenir acteur et gestionnaire, au-delà de l'égarement du moment de la crise » (Hatam et Michel, ibid., p.35). Entant donné que les mères expriment une crainte de ne pas savoir où seraient placés les enfants si une nouvelle décompensation survenait, le fait de prévoir ceci durant une phase stable pourrait être rassurant pour la mère. De plus, ceci pourrait probablement diminuer la crainte décrite par Geller et al., (1998) : celle de la perte de la garde si la mère venait à être hospitalisée et que l'enfant était placé. La même étude ressort le fait que la récupération peut être compromise si la mère n'a pas de contact avec son enfant. Ainsi, dans une telle démarche, la mère pourrait, dans la mesure du possible, définir un certain nombre de visites qu'elle aurait de l'enfant. En outre, la maternité chez ces femmes redonnerait un but, un sens à leur vie, augmenterait l'estime de soi et la motivation à prévenir les rechutes. Selon Mendelson et al. (2009), les non-mères ont plus de risques d'une réadmission en psychiatrie que les mères, bien que la période post-partum soit plus à risque. La maternité protégerait donc d'une certaine

manière d'une éventuelle rechute. Cette protection est tout de même contrastée par la pression qu'ont ces mères à devoir faire face à leur rôle parental, à la gestion de la maladie mentale et au stress de devoir prouver leurs capacités à être mère. Nous pouvons émettre l'hypothèse que si ces mères sont entourées et aidées adéquatement dans la combinaison de tous ces éléments (rôle parental, gestion de la maladie mentale, stress lié aux stigmatisations sociales), elles seraient protégées d'avantage d'une éventuelle rechute.

L'importance d'un traitement médicamenteux est relevée par Gay et al. (2002), alors que les mères de l'étude de Diaz-Caneja et al. (2004) décrivent des effets secondaires pouvant porter atteinte aux capacités à répondre aux besoins de l'enfant. Pour les professionnels de la santé, c'est à nouveau un conflit éthique : aider la personne à obtenir ce qui favorise son bien-être, ce qui pourrait être le fait de ne pas prendre de traitement pour pouvoir répondre plus efficacement aux besoins de l'enfant (bienfaisance), ne pas porter préjudice à la personne et éviter une décompensation de son trouble en lui proposant un traitement médicamenteux (non-malfaisance), tout en respectant sa capacité à définir ses objectifs personnels (autonomie). C'est une co-construction avec la patiente qui est en droit à un consentement libre et éclairé.

Un besoin ressorti dans plusieurs études était celui d'avoir un accompagnement et un enseignement sur les compétences parentales (Gay et al., 2002 ; Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004). Ajouté à cela, un problème important de communication entre la mère et l'enfant est ressorti sur le long terme, ainsi qu'un manque de « connectivité émotionnelle » (Freeman et al., 2009). Une continuité dans les soins, au-delà de l'hospitalisation, permettrait peut-être d'apporter ce soutien sur un plus long terme, d'autant plus que l'on sait maintenant qu'une amélioration de la qualité de l'interaction mère-bébé engendre une amélioration de l'état de santé mentale de la mère, notamment les troubles de la pensée et les facteurs paranoïaques (Mack et al., 1999).

Geller et al. (1998) soulignent que les mères peuvent perdre de vue les problèmes typiques de la parentalité et s'évaluer elles-mêmes avec des standards irréalistes. Nous remarquons donc qu'elles sont, elles aussi, influencées par les stigmatisations sociales. Des groupes thérapeutiques de mères présentant une maladie mentale pourraient les aider à identifier ces problématiques normales de la parentalité et à partager leur expérience.

L'hospitalisation dyadique, bien qu'ayant quelques contre-indications minimales, ressort comme étant bénéfique autant pour la mère que pour l'enfant (Neil et al., 2006 ; Antonysamy et al., 2009 ; Abel et al., 2007 ; Gay et al., 2002 ; Mack et al., 1999). En effet, il semblerait que le fait d'être avec le bébé dans un milieu protégé soit l'aspect le plus

aidant de ce type d'unité. C'est donc un élément essentiel pour l'accompagnement de ces mères en période de crise. Nous estimons donc qu'il faut favoriser au maximum les hospitalisations dyadiques.

Finalement, le fait d'être en couple avec une personne n'ayant pas de maladie mentale s'est révélé comme un facteur aidant pour la stabilisation de l'état de santé ainsi que pour éviter des rechutes (Antony et al., 2009 ; Glangaud-Freudenthal et al., 2011). En outre, durant la période de crise, il serait essentiel d'avoir un réseau social et familial qui permettrait d'une part à la mère de placer son enfant chez quelqu'un qu'elle connaît, et d'autre part permettrait à la mère de s'adapter plus facilement, dans la période post-partum, à sa nouvelle parentalité (Abel et al., 2007 ; Diaz-Caneja et al., 2004 ; Freeman et al., 2009 ; Gay et al., 2002). Le réseau social plus large est aussi extrêmement important. L'intégration sociale serait en effet étroitement liée à une amélioration de l'état de santé mentale chez les mères en période post-partum.

#### **4.3. RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE**

*Quel est le vécu des femmes en décompensation psychotique hospitalisées dans une unité de psychiatrie durant la période post-partum ?* En réponse à cette question de recherche, nous avons pu identifier divers éléments décrivant le vécu de ces femmes.

Tout d'abord, ces femmes ressentent de nombreuses peurs : peur de perdre la garde de l'enfant, peur de s'exprimer sur leurs problèmes liés à la parentalité de crainte qu'on leur retire la garde, peur de fragiliser la relation avec l'enfant si elles sont hospitalisées individuellement, car les locaux ne seraient pas toujours adaptés pour les recevoir et ce type d'hospitalisation engendre un placement momentané de l'enfant.

Ensuite, elles décrivent des difficultés à identifier les problématiques dites normales de la parentalité et, de ce fait, elles auraient besoin d'un accompagnement/enseignement sur les compétences parentales. Les hospitalisations dyadiques sont fortement appréciées par ces mères.

De plus, ces mères décrivent un soutien insuffisant de la part des professionnels et aimeraient se sentir plus impliquées dans leurs propres soins au quotidien. Elles n'ont pas le sentiment d'être écoutées et prises en considération par les professionnels dans leur rôle parental, et décrivent même ceci comme un tabou. D'ailleurs, elles disent aussi avoir



besoins de partager ce vécu de la parentalité tout en devant gérer la maladie mentale, en participant à des groupes de discussion pour des mères atteintes de maladies mentales.

En outre, elles décrivent un stress important, étroitement lié aux stigmatisations sociales : d'une part le stress de devoir « prouver » qu'elles peuvent assumer leur rôle parental, d'autre part le stress lié à l'impact de ces stigmatisations sur la vie sociale et la santé mentale de leurs enfants (rejet, discrimination, isolement). Malgré ce stress, la maternité leur aurait augmenté la motivation à maintenir une stabilité de la maladie, bien que certains médicaments aient été décrits comme portant atteinte aux compétences parentales (notamment par une léthargie et par des difficultés à la concentration).

Finalement, le réseau social et familial est décrit comme aidant par ces mères, surtout la présence d'un conjoint, qu'il soit ou non le père de l'enfant.

#### **4.4. IMPACTS SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

Les résultats de cette revue de littérature ont un impact sur la pratique professionnelle. Ci-dessous, nous proposons un listing d'actions pouvant être prises en compte dans la pratique :

- Il est important d'intensifier les formations dans les milieux de soins et de les cibler sur la spécificité de l'approche thérapeutique des mères présentant une maladie mentale. Une telle formation permettrait d'identifier les stigmatisations qui se seraient étendues au sein même des professionnels et donc de prendre en compte de celles-ci lors de l'approche thérapeutique.
- Il s'avère nécessaire de co-construire le projet de soins avec les patientes, en tenant compte de leurs besoins en tant que mères lors de l'approche thérapeutique. En conséquence, aborder la parentalité et les difficultés liées au nouveau rôle que ces mères investissent semble extrêmement important.
- Il paraît primordial de nommer la peur de la perte de la garde de l'enfant, de clarifier les rôles et de rassurer les mères quant à cette crainte. Ceci permettrait de briser le tabou de la parentalité chez les femmes ayant un trouble psychotique.
- Un élément essentiel pour la pratique est l'éducation aux mères, autant sur la manière d'investir leur rôle que sur les connaissances de leurs droits. Peut-être que si elles connaissaient les lois engendrant ou non une perte de la garde, elles pourraient sortir de ce fantasme occasionnant ces peurs et pouvant renforcer d'éventuels délires.

- Durant l'hospitalisation en période post-partum ou même plus tard, il semble intéressant de proposer la rédaction de directives anticipées. Celles-ci permettraient aux mères de prévoir entre-autre où serait placé l'enfant si une nouvelle hospitalisation devait survenir, et aussi de définir le nombre de visite de l'enfant à l'hôpital.
- Mettre en place des groupes de mères ayant un trouble psychotique pourrait être extrêmement intéressant et aidant pour celles-ci. Nous pourrions imaginer ces groupes sous forme de table ronde, où les mères pourraient échanger leurs expériences avec d'autres femmes ayant des problématiques similaires.
- Il est indispensable de favoriser le lien mère-enfant, même lors d'hospitalisations individuelles ; et de favoriser les hospitalisations dyadiques lorsque cela est possible.
- 

#### **4.5. BESOINS EN RECHERCHES ULTÉRIEURES**

Cette revue de littérature souligne le manque de recherches sur la thématique. En effet, peu de recherches s'intéressent clairement aux besoins des femmes en décompensation psychotique durant la période post-partum. A l'avenir, des études pourraient s'intéresser à ce thème lors d'hospitalisations individuelles et dyadiques. Nous proposons plus précisément d'autres thèmes de recherche qui pourraient s'avérer utiles :

- L'impact de la peur de la perte de la garde de l'enfant, d'une part sur les relations thérapeutiques, et d'autre part sur la maladie mentale de la mère, devrait être étudié plus profondément.
- Le taux d'insatisfaction de l'implication de ces mères dans leurs propres soins s'est avéré bas (une personne sur deux) (Neil et al., 2006). il paraît important de réévaluer ce taux plus finement afin de savoir ce qui pourrait être apporté dans la pratique pour augmenter la satisfaction.

#### **4.6. LIMITES DE L'ÉTUDE**

Tout d'abord, cette revue systématique de littérature est la première expérience en recherche de l'auteure. Etant novice dans la recherche, nous n'avons probablement pas abordé la recherche avec une extrême finesse.

Ensuite, tous les articles de revues sélectionnés sont en Anglais. Etant francophone, l'auteure n'a peut-être pas traduit avec justesse tous les détails des recherches.

Finalement, les populations étudiées dans les études ne sont pas uniquement des mères souffrant de troubles psychotiques mais présentent plus largement des maladies mentales. Les résultats ont pu être biaisés par cette imprécision liées au manque en recherche dans cette thématique.

## **5. CONCLUSION**

Ce travail a permis de mettre en lumière le vécu des femmes en décompensation psychotique durant la période post-partum. Nous avons donc pu répondre à la question de recherche, bien que ce domaine spécifique ne soit encore que très peu exploré scientifiquement. Les résultats démontrent que le soutien des professionnels est insuffisant et que le thème de la parentalité est très peu abordé dans les soins psychiatriques. Ils soulignent en outre un stress important de devoir prouver ses capacités parentales, stress qui serait engendré par les stigmatisations sociales. La peur de perdre la garde de l'enfant mériterait d'être explorée dans de nouvelles recherches.

En conclusion, il a été extrêmement intéressant pour l'auteure de se pencher sur une problématique et d'y rechercher des explications scientifiques pour finalement étayer la pratique professionnelle certes en santé mentale, mais aussi dans d'autres domaines, notamment en gynécologie et maternité.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages

- Amar, B., Aubert, L., Perlemuter G., Perlemuter L., Pitard, L. & Quevauvilliers, J. (2006). *Nouveaux cahiers de l'infirmière. Psychiatrie I. Syndromes et maladies*. Paris : Masson.
- Association suisse des infirmières et infirmiers (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : ASI.
- Bayle, B. (2008). *Ma mère est schizophrène. Schizophrénie et parentalité*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Blackburn, P. (1996). *L'éthique, fondements et problématiques contemporaines*. Canada : Renouveau Pédagogique Inc.
- Brunet, A., Leblanc, L. & Séguin, M. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Québec : Gaëtan morin.
- De Clercq, M. (1997). *Urgences psychiatriques et intervention de crise*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Dugnat, M. (1999). *L'hospitalisation mère-bébé*. Ramonville : Erès.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseils.
- Friard, D., Leyreloup, A.-M., Louesdon, J., Stolz, G. & Windisch, M. (1994). *Psychose psychotique psychotropes : quel rôle infirmier ?* Paris : Editions hospitalières.
- Fry, S.T. (1994). *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers : guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique*. Genève : Conseil International des Infirmières.
- Gerety, E.K., McFarland, G.K. & Wasli, E.L. (1999). *Santé mentale, démarche de soins et diagnostics infirmiers*. Paris : Masson
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Erpi.
- Missonnier, S. (2009). *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse : Erès.
- Observatoire suisse de la santé, statistique médicale 2004 (2006). *Nombre et répartition des « diagnostics principaux F » les plus fréquents dans les établissements psychiatriques et dans les établissements somatiques*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

- Observatoire suisse de la santé (2011). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Obsan Rapport 48). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sanimédia (2005). *L'essentiel sur les droits des patients*. Neuchâtel : Institut de droit de la santé.
- Townsend, M. (2010). *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*. Québec : Erpi.

### Articles de périodiques

- Abel, K.M., Moulton, S. & Wan, M.W. (2007). The service needs of mothers with schizophrenia : a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry*, (30), 177-184.
- Antonyamy, A., Wieck, A. & Wittkowski, A. (2009). Service satisfaction on discharge from a psychiatric mother and baby unit : representative patient survey. *Archives of women's mental health*, 12, 359-362.
- Bhargavaraman, R.P., Chandra, P.S., Raghunandan, V. & Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 285-288.
- Cazas, O. (2007). Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique & fertilité*, 35, 1055-1059.
- Choudey, M., Ducroix, C. & Vacheron, M.-N. (2008). Du désir d'enfant au désir de l'enfant: particularités chez la femme atteinte de trouble psychotique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*. 56, 506-511.
- Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) (2003). Le trouble du post-partum : regards pluridisciplinaires et perspectives. *L'Ecrit*, 49, 1-25.
- Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 472-482.
- Freeman, M., Johnson, S., Khalifeh, H., Killaspy, H. & Murgatroyd, C. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis : a qualitative study. *Psychiatric services*, 60 (5), 634-639.

- Gay, M.P., Glangeaud-freudenthal, M.-C., Poinso, F. & Rufo, M. (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archive Womens Mental Health*, 5 (2), 49-58.
- Geller, J.L., Nicholson, J. & Sweeney, E. M. (1998). Focus on Women : Mothers with mental illness : I. The competinng demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric services*, 49 (5), 635-642.
- Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., Sutter, A.-L., Thieulin, A.-C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M.-A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P.-Y. & Khoshnook, B. (2011). Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care : factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26, 215-223.
- Guédénéy, N. & Sutter-Dallay, A.-L. (2010). Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *Psychiatrie/Pédopsychiatrie, Elsevier-Masson SAS*, 37-200-B-20.
- Hatam, S. & Michel, J.-D. (2005). Directives anticipées : les enjeux en psychiatrie et en santé mentale. *Cahier de l'action sociale et de la santé (Médecine et hygiène)*, 35-38.
- Hohm, E., Hornstein, C., Rave, E., Schwarz, M., Trautmann-Villalba, P. & Wortmann-Fleischer, S. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders : is there a link ? *Archives of women's mental health*, 9, 279-284.
- Jordel, V. (2009). Mal de mère... . *Santé mentale*, 140, 62-65.
- Kulkarni, J. & McCauley-Elsom, K. (2007). Managing psychosis in pregnancy. *The Royal Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (3), 289-292.
- Lopez, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *Info psy*, 83, 793-799.
- Mack, K, Snellen, M. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (6), 902-911.
- Mathioly, L. & Nezelof, S. (2007). « L'hospitalisation conjointe mère-bébé » un outil dans le dispositif de soins pour des mères souffrant de troubles psychiques. *Enfances & Psy*, 37, 81-89.
- Mendelson, T., Mors, O., Moetensen, PB., Munk-Laursen T., Munk-Olsen, T. & Pedersen, C. (2009). Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 189-195.

- Neil, S., Sanderson, H. & Wieck, A. (2006). A satisfaction survey of women admitted to a psychiatric mother-baby unit in the northwest of England. *Archive of Women's Mental Health*, 9, 109-112.
- Spinelli, M.G. (2009). Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry*, 166, 405-408.

### **Polycopiés et rapports**

- Auderset, P.-B. (2011). *La typologie de la crise* [Polycopié]. Fribourg : HEdS-FR.
- De Reyff, M. & Rochat, F. (2011). *Crise psychique mère et enfant* [Polycopié]. Fribourg : HEdS-FR.
- Duverger, P. & Malka, J. (s.d.). *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum* [Polycopié]. Angers : Centre Hospitalier Universitaire, service de pédopsychiatrie.

### **Sites internet**

- Confédération Suisse (2012). Livre deuxième : Droit de la famille [Page Web]. Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/210/index2.html#id-2-2-8-3> [page consultée le 12 juin 2012].
- Danion-Grilliat, A. Sibertin-Blanc, D., Moro, M.-R., Zimmermann, M.-A. (s.d.). Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Page Web]. Accès : <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096553548261&LANGUE=0> [page consultée le 15 mai 2011].
- MedLine Plus (2011). Un service de la Bibliothèque nationale de médecine des Etats-Unis. [Page Web]. Accès : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/psychoticdisorders.html> [page consultée le 24 février 2011].

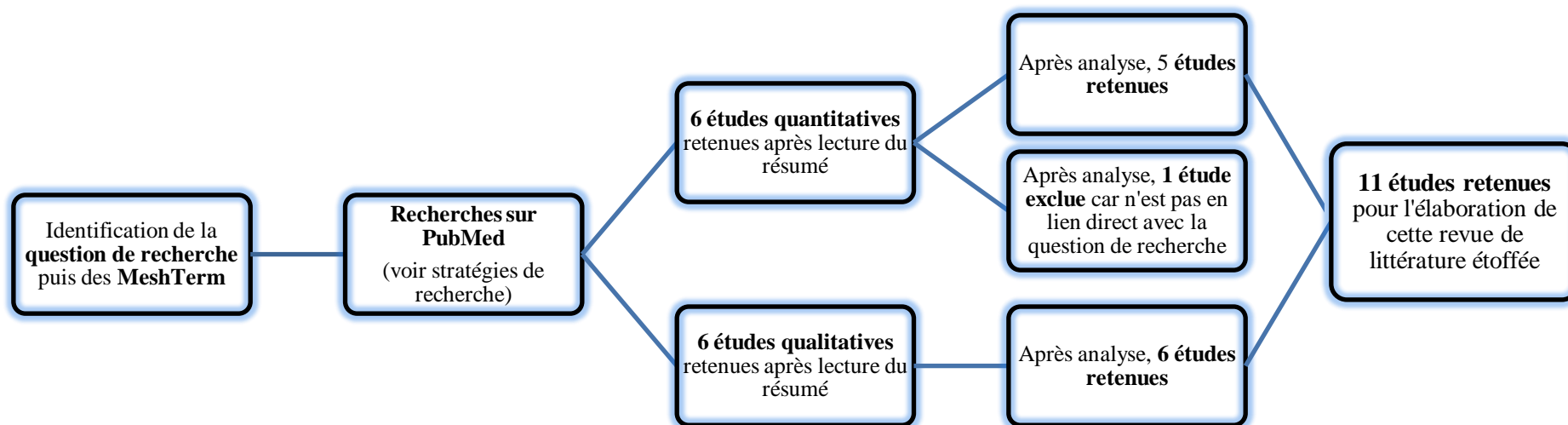


## **ANNEXE A : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ**

« Je déclare avoir élaboré ce travail par moi-même, en respectant les normes et les critères imposés par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. En outre, je certifie avoir nommé et cité personnellement toutes les sources utilisées pour l'élaboration de cette revue de littérature. »

Marion Baudois

## ANNEXE B : SCHÉMA DU PROCESSUS DE RECHERCHE



## ANNEXE C : ANALYSE DES RECHERCHES

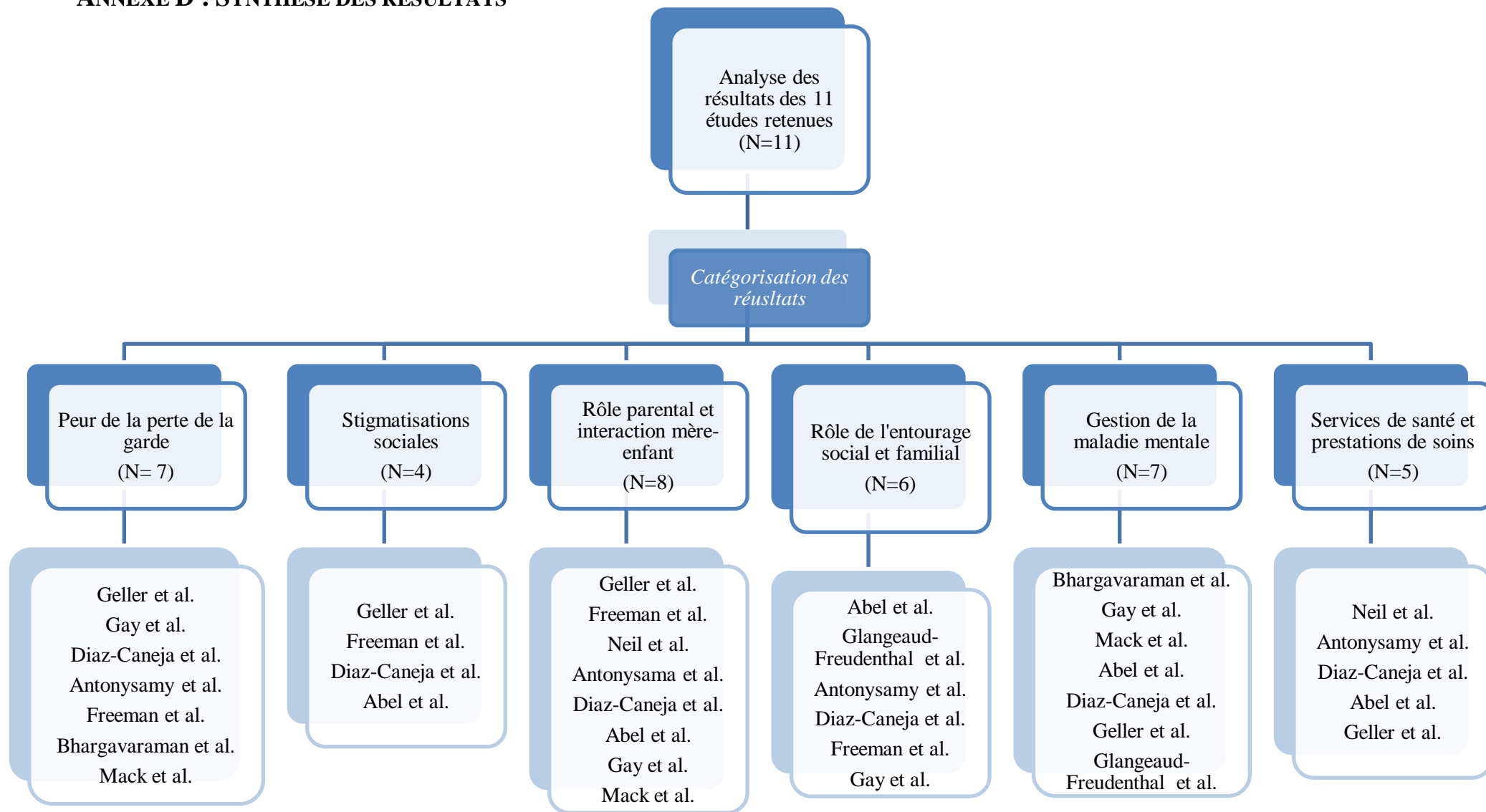
Titre	Auteurs	Devis	Année Pays	Objectifs/question de recherche	Population	Ethique
<i>Home treatment as an Alternative to Hospital Admission for Mothers in a Mental Health Crisis : a qualitative Study</i>	Freeman, M., Johnson, S., Khalifeh, H., Killaspy, H & Murgatroyd, C	Qualitatif	2009  UK	Etudier les mérites relatifs du traitement à domicile contre une admission à l'hôpital, en explorant les expériences des parents traités à domicile pour une crise de santé mentale aiguë	Femmes traitées dans un CRT (Crisis resolution teams) dans les 18 mois précédents l'étude → 18 participants	Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche locale
<i>Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period</i>	Mendelson, T., Mors, O., Moetensen, PB., Munk-Laursen T., Munk-Olsen, T. & Pedersen, C.	Quantitatif	2009  Danemark	Etudier si l'accouchement augmente le risque de réadmission en psychiatrie pour un trouble psychiatrique périnatal, dans une population de femmes qui ont déjà des troubles mentaux Identifier les facteurs prédictifs de la réadmission pour un trouble mental	Femmes nées au Danemark entre 1950 et 1990 ayant au moins un traitement psychiatrique au cours de leur vie.	Etude approuvée par l'agence danoise de protection des données

<i>Focus on Women : Mothers with mental illness : I. The competinng demands of parenting and living with mental illness</i>	Geller, J.L., Nicholson, J. & Sweeney, E. M.	Qualitatif	1998 UK	Comprendre les expériences parentales des femmes atteintes de maladie mentale à partir des mères et des gestionnaires de cas	42 Mères atteintes de maladie mentale 55 Gestionnaires de cas ayant travaillé dans le département de la santé mentale	Consentement éclairé Éliminé toute données identitaires
<i>The service needs of mothers with schizophrenia : a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers</i>	Abel, K.M., Moulton, S. & Wan, M.W.	Qualitatif	2007 UK	Explorer les perspectives des travailleurs hospitaliers sur les besoins des mères atteintes de schizophrénie Evaluer la faisabilité et l'efficacité potentielle du programme d'intervention (BABIES Projetc) proposé pour les mères souffrant de schizophrénie	28 travailleurs (7 infirmières, 15 sages-femmes, 3 puéricultrices, 1 gestionnaire prénatal, 1 obstétricien et 1 chef de service en psychiatrie)	Consentement éclairé Etude approuvée par les comités locaux d'éthique de la recherche
<i>The views and experiences of severely mentally ill mothers</i>	Diaz-Caneja, A. & Johnson, S.	Qualitatif	2004 UK	Contribuer à une base de données concernant les expériences des mères malades mentales et leurs points de vue des services qu'elles reçoivent	22 femmes ayant une maladie mentale de type psychotique, mère d'au moins un enfant	Consentement éclairé Etude approuvée par le comité d'éthique de la recherche locale

<i>Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge</i>	Gay, M.P., Glangeaud-freudenthal, M.-C., Poinso, F. & Rufo, M.	Qualitatif	2002 FR	Décrire les soins dans l'unité mère-bébé de Marseille et comparer les femmes de l'échantillon qui ont été séparées de leur bébé et celles qui ne l'ont pas été	92 mères admises dans l'unité mère-bébé (100 enfants)	Consentement éclairé
<i>A satisfaction survey of women admitted to a psychiatric mother-baby unit in the northwest of England</i>	Neil, S., Sanderson, H. & Wieck, A.	Quantitatif	2006 UK	Procéder à une étude pilote chez des patients récemment sortis d'une unité mère-bébé et identifier les domaines à approfondir	20 femmes sorties de la MBU Anderson, répondant à un questionnaire de satisfaction	Anonymat Consentement éclairé
<i>Service satisfaction on discharge from a psychiatric mother and baby unit : representative patient survey</i>	Antonyamy, A., Wieck, A. & Wittkowski, A	Qualitatif	2009 UK	Explorer les raisons de l'insatisfaction dans les zones qui ont été mises en évidence dans l'enquête précédente et identifier les caractéristiques des patients	57 femmes hospitalisées dans une unité mère-bébé	Etude approuvée par le département pour la recherche et le développement
<i>Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care : factors associated with improvment in maternal mental health</i>	Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., Sutter, A.-L., Thieulin, A.-C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M.-A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P.-Y. & Khoshnook, B.	Quantitatif	2011 FR	Evaluer les facteurs associés à une amélioration significative chez les mères hospitalisées dans 13 MBU différentes	869 femmes hospitalisées dans une MBU (France) avec leur enfant de moins d'un an	Etude approuvée par l'autorité française de protection des données (CNIL)  Consentement éclairé

<i>Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders</i>	Bhargavaraman, R.P., Chandra, P.S., Raghunandan, V. & Shaligram, D.	Quantitatif	2006 INDIA	Etudier la prévalence et la nature des délires liés à l'enfant, parmi les mères présentant en post-partum une maladie mentale grave Etudier l'association entre le type de symptômes délirants liés à l'enfant et aux interactions mère-enfant	108 femmes admises dans l'établissement psychiatrique de l'institut national des maladies et des neurosciences	Consentement éclairé
<i>Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship</i>	Mack, K, Snellen, M. & Trauer, T.	Quantitatif	1999 Australie	Etudier l'influence que la maladie schizophrénique peut avoir sur les interactions mère-enfant.	Femmes souffrant d'une maladie schizophrénique durant leur première année postpartum et leur enfant hospitalisé dans une MBU → 15 dyades	Etude approuvée par le comité d'éthique Consentement éclairé

## ANNEXE D : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS



## ANNEXE E : GRILLES D'ANALYSE DES RECHERCHES

### RECHERCHE 1

**Source :** Mendelson, T., Mors, O., Moetensen, PB., Munk-Laursen T., Munk-Olsen, T. & Pedersen, C. (2009). Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 189-195.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le titre donne une idée claire du problème de recherche : les risques et prédictions de réadmission pour un trouble mental durant la période postpartum.
<b>Résumé</b>	Le résumé est structuré en paragraphe distincts et clairs : contexte, objectifs, design, population, participants, principaux résultats de mesure, résultats, conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est clairement formulé : les femmes ayant des troubles mentaux du post-partum sont de deux type : celles qui présentent un premier épisode psychiatrique et celles qui ont des antécédents de troubles mentaux et qui vivent alors une rechute au cours de la période du post-partum. L'importance du problème est étayé à l'aide d'une statistique d'une autre recherche (prévalence d'admission chez les nouvelles mères : 0.1% jusqu'à 4mois post-partum).
Recension des écrits	Les connaissances sur les variables étudiées (=femmes ayant des antécédents de troubles mentaux et vivant un rechute dans la période post-partum, et femmes ayant des antécédents psychiatriques mais non-mères) sont présentées : les données suggèrent que le risque d'admission pour un trouble mental peut être plus prononcé au cours de la période post-partum.
Hypothèses	Les objectifs de la recherche sont les suivants : étudier si l'accouchement augmente le risque de réadmission en psychiatrie pour un trouble psychiatrique périnatal, dans une population de femmes qui ont déjà des troubles mentaux ; et identifier les facteurs prédictifs de la réadmission en psychiatrie au cours de la période post-partum. Cette question découle directement de l'état des connaissances. En effet, il est dit qu' « aucune étude n'a étudié le risque de réadmission pour les femmes qui ont déjà des troubles mentaux en comparant les mères et les non-mères ».
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est décrit : il s'agit d'une étude de cohorte basée sur la population de la fusion des données du système d'enregistrement civil danois et le registre central de psychiatrie danois.
Population et contexte	L'échantillon contient les femmes nées au Danemark entre le 1 <sup>er</sup> janvier 1950 et le 1 <sup>er</sup> juillet 1990, qui étaient vivantes lors de leur 15 <sup>ème</sup> anniversaire et qui avait au moins un traitement psychiatrique au cours de la période d'étude du 1 <sup>er</sup> janvier 1973 au 30 juin 2005. Ces femmes ont été classées comme ayant un trouble mental si elles avaient été admises dans un hôpital psychiatrique.



	<p>Les diagnostics ont été regroupés, à l'aide de la CIM-10, comme ceci : troubles affectifs bipolaires, troubles schizophréniques, troubles dépressifs unipolaires, troubles de la personnalité, troubles de toxicomanie, troubles alimentaires et autres troubles.</p> <p>Réadmission : définie comme les patients ayant eu une récurrence (nouveau épisode psychiatrique après une période de rémission) ou une rechute (aggravation des symptômes sans période de rémission). Deux admissions avec un intervalle de moins de 14 jours ont été traitées comme une seule admission.</p> <p>La taille de l'échantillon (<math>28\,124 + 10\,218 = 28\,342</math> femmes) est totalement adéquat au contexte et à l'ampleur de l'étude.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les instruments de collectes de données sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Système d'enregistrement civil danois (CRS) : chaque citoyen est attribué à un numéro CRS qui permet de collaborer précisément entre les registres.</li> <li>- Registre central psychiatrique danois</li> </ul> <p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe 1 : toutes les femmes admises une fois dans un établissement psychiatrique (<math>n = 28\,124</math>), non mère lors de la première admission. Les femmes ayant eu un enfant durant la période d'étude ont été comparées à celles n'ayant pas eu d'enfant durant la période d'étude</li> <li>- Groupe 2 : mères avec 1 ou plusieurs admissions psychiatriques antérieures à la naissance de leur premier enfant né vivant (<math>n = 10\,218</math>) → les chercheurs ont suivi ces femmes durant les 12 mois post-partum pour constater s'il y avait eu une réadmission ou non, et pour identifier les facteurs prédictifs de la réadmission post-partum.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	L'étude a été approuvée par l'agence danoise de protection des données, Copenhague, Danemark.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p><b>Groupe 1 :</b></p> <p>Durant la période d'étude (1973-2005), 28 124 femmes avaient un antécédent d'admission pour un trouble psychiatrique et étaient donc à risque d'une première réadmission. Durant la période de suivi, 6828 de ces femmes ont donné naissance. Un total de 314 femmes avec 1 admission psychiatrique avant l'accouchement ont été réadmis dans un établissement psychiatrique dans les 12 mois après l'accouchement.</p> <p>En comparaison, 21 296 femmes n'ont pas donné naissance, et 10 455 d'entre elles ont été réadmis en psychiatrie durant la période d'étude.</p> <p>→ Période de risque la plus faible : pendant la grossesse. L'accouchement est associé à un risque accru de réadmission au cours du premier mois post-partum, après quoi le risque était plus élevé chez les non-mères.</p> <p><b>Groupe 2</b></p> <p>Ce groupe contenait un total de 10 218 mères primipares avec 1 ou plusieurs admissions psychiatriques avant l'accouchement. 487 de ces mères ont été réadmis 0-12 mois après la naissance de leur premier enfant.</p>

	<p>Des analyses supplémentaires ont été menées pour identifier les facteurs prédictifs de la réadmission post-partum. Etant donné que des travaux antérieurs indiquent que le trouble affectif bipolaire peut être spécifiquement lié à une récurrence post-partum, cette présente étude a catégorisé les mamans selon le diagnostic posé lors de la dernière hospitalisation avant l'accouchement. A savoir que ces mères ont été réadmisent après l'accouchement avec le même diagnostic. Les 3 groupes sont les suivants : troubles affectifs bipolaires, troubles schizophréniques, troubles restants (tableau 2).</p> <p>Des statistiques d'incidence cumulative (=mesure de pourcentage d'individus dans la population qui, à un moment donné, ont été admis ; cette mesure fournit une estimation de la probabilité qu'une femme connaîtra un épisode psychiatrique au sein de la période données suivant l'accouchement) ont alors pu être effectuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les mères préalablement diagnostiquées comme ayant un troubles affectif bipolaire, l'incidence cumulative de l'admission de 0-3 mois post-partum était de 22%, et de 26,9% dans la première année post-partum.</li> <li>- Pour les mères souffrant de troubles schizophréniques, l'incidence cumulé était de 15,7% à 1 année (cf. figure).</li> </ul>
Présentation des résultats	Les résultats sont très bien présentés, à l'aide de tableaux et graphiques. Ils permettent d'avoir des chiffres claires et de comprendre comment les chercheurs sont arrivés à ces résultats.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats sont discutés et organisés en plusieurs parties :</p> <p><b>Réadmission :</b></p> <p>Le risque de réadmission diffère entre les mères et les non-mère. Les non-mère avaient plus de risque de réadmission que les mères. Cependant, le premier mois post-partum présente à un risque accru de réadmission chez les nouvelles mères atteintes de troubles mentaux, et le risque de réadmission était le plus élevé de 10 à 19 jours post-partum.</p> <p><b>Accouchement et risque de trouble affectif bipolaire</b></p> <p>Le risque de réadmission pour les femmes ayant eu le diagnostic avant l'accouchement d'un trouble affectif bipolaire est 8 fois plus élevé que pour les femmes diagnostiquée d'un trouble schizophrénique. Cependant, une étude similaire faite récemment (Harlow et al.) rapporte que le risque de réadmission est plus prononcé chez les mères avec des épisodes psychotiques que chez les mères souffrant de troubles affectifs bipolaires. Cependant, la prudence est de mise lors de l'interprétation de ces différences car les groupes de diagnostics n'ont pas été faits de manière similaire dans les deux études. Ainsi, les femmes avec un épisode unipolaire ont été ici mises dans le groupe des troubles bipolaires.</p> <p>Les incidences cumulatives de réadmission montrent un lien entre les troubles de l'accouchement et les troubles bipolaires affectifs cohérents avec les résultats d'études antérieurs. De plus, le fait que le post-partum augmente le taux de réadmission chez les femmes bipolaires pourrait être expliqué en partie par l'arrêt du traitement (tératogène) durant la grossesse.</p> <p><b>Grossesse :</b></p>

	<p>Une diminution du risque de réadmission a été observée chez les femmes enceintes par rapport aux nouvelles mères et non-mères. Ces résultats sont compatibles avec d'autres études suggérant que la grossesse est un moment de bien-être émotionnel.</p> <p><b>Prédicteurs de réadmission post-partum :</b></p> <p>Les antécédents familiaux de troubles mentaux n'auraient pas un impact sur les risque de réadmission post-partum. Cependant, un historique de troubles mentaux chez le père du bébé prédit une récurrence post-partum chez les mères ayant des antécédents de troubles schizophréniques (lien avec étude (Care in mother-baby unit, et importance d'une situation conjugale stable).</p> <p>→ La santé mentale du père est donc plus prédictive de la réadmission post-partum que les antécédents familiaux. Les résultats de cette étude suggèrent que la grossesse est associée à la diminution du risque de réadmission. Cependant, pour les femmes ayant des antécédents de troubles schizophréniques, l'admission pendant la grossesse prédit l'admission post-partum.</p> <p>Les chercheurs rendent compte des limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune donnée sur le traitement pharmacologique n'étaient disponible dans cette étude, il était donc impossible de déterminer sur la réadmission post-partum résultait d'un changement de médication ou de l'arrêt durant la grossesse ou le post-partum.</li> <li>- Il n'a pas été identifié dans cette étude si la réadmission était liée à l'aggravation des symptômes (rechute) ou à l'apparition d'un nouvel épisode après une rémission (récidive).</li> <li>- Ces résultats sont basés sur les diagnostics cliniques du « Danish Psychiatric Central Register ». Le trouble bipolaire est souvent mal diagnostiqué parce que les symptômes peuvent être confondus avec une dépression unipolaire ou avec un trouble schizoaffectif, schizophrénie ou trouble de la personnalité. L'instabilité des diagnostic peu affecter les résultats de la présente étude. Si le trouble affectif bipolaire est sous-diagnostiqué chez les femmes diagnostiquées par exemple de schizophrénie, cela gonfle le risque d'autres groupes de réadmission en postpartum.</li> <li>- Par rapport aux non-mères, les nouvelles mères sont plus souvent en contact avec des professionnels de la santé, ce qui pourrait augmenter la probabilité de détection des troubles mentaux. Les femmes enceintes atteintes de troubles mentaux peuvent parfois être admises en soins obstétricaux plutôt que dans une unité psychiatrique, ou peuvent avoir une fréquence accrue de contact avec leur psychiatre externe. Vu ainsi, cette étude a évalué les troubles mentaux graves nécessitant un hospitalisation. Il est donc probable que le fait de se concentrer sur les formes sévères de troubles a diminué la probabilité d'un biais en raison de visites obstétricales pour les femmes enceintes.</li> </ul>
Perspectives futures	<p><b>Conséquences sur la pratique clinique :</b></p> <p>Cette étude fournit la preuve que la période post-partum est une période à haut risque pour les réadmissions, en particulier pour les femmes atteintes de trouble affectif bipolaire. Ces femmes-là devraient être informées du risque de</p>

	<p>récidive ou de rechute après l'accouchement, et la prophylaxie des médicaments devrait être envisagée immédiatement après l'accouchement. En outre, parce que l'arrêt du traitement médicamenteux pendant la grossesse augmente significativement le risque de récurrence, les femmes ayant un trouble bipolaire devraient être étroitement surveillées durant la grossesse et le post-partum. Étant donné que le traitement peut être géré plus efficacement si la grossesse est prévue, les cliniciens devraient discuter de la question de la grossesse et de sa gestion avec chaque patient qui peut potentiellement procréer. L'étude souligne finalement l'importance de planifier une intervention rapide si une récurrence survenait.</p> <p><b>Conséquences sur les travaux de recherche à venir :</b></p> <p>Les variations entre les diagnostics des groupes de cette étude pourraient être dues à un impact spécifique de l'accouchement chez les femmes vulnérables atteintes du trouble bipolaire (changements hormonaux lors de l'accouchement pourraient déclencher un grave épisode nécessitant une hospitalisation). En revanche, les réadmissions dans le groupe des troubles schizophréniques peuvent être en lien avec des difficultés d'adaptation à la nouvelle parentalité plutôt que l'effet direct de l'accouchement. Des études sont nécessaires pour déterminer si c'est le cas. Les études suivantes devraient évaluer les données sur les habitudes de réadmission en général, et inclure plus de cas que la présente étude pour assurer des analyses statistiques suffisantes.</p>
<b>Questions générales</b>	
Présentation	L'article est extrêmement bien écrit et détaillé pour permettre une analyse critique et minutieuse.
Évaluation globale	L'étude procure des résultats probants, susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière (importance d'informer les patientes susceptibles de procréer, lien entre le père atteint d'une maladie psychiatrique et le risque de réadmission pour la mère, prévision d'un traitement prophylactique dès l'accouchement, connaissances des pourcentages de réadmissions dans les premiers mois post-partum par rapport aux non-mères)

## RECHERCHE 2

**Source :** Bhargavaraman, R.P., Chandra, P.S., Raghunandan,V. & Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 285-288.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le titre en français est le suivant : « Délires liés à l'enfant and leur association avec l'interaction mère-enfant dans la psychose du post-partum ». Ce titre me paraît explicite et permet de saisir le thème de la recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé n'est pas <i>graphiquement</i> structuré, mais en lisant, on peut constater que toutes les parties de la recherches sont à l'intérieur : introduction/problématique, objectifs, méthode, résultats, discussion/conclusion, mots-clés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème et recension des écrits	<p>Le problème de recherche est clairement énoncé :</p> <p>Il a été reconnu dans les dernières années que le lien mère-enfant et les soins à l'enfant sont sérieusement affectés dans la phase aiguë des maladies mentales sévères et durant les hospitalisations. Les troubles psychotiques ont été décrits pour avoir un impact hautement négatif sur le lien mère-enfant (Cf. étude quantitative de Snellen), comparé à la dépression ou aux troubles bipolaires.</p> <p>Aujourd'hui, il n'y a que quelques études de cas spécifiquement sur les délires en post-partum.</p> <p>La recension des écrits résume les connaissances sur le thème de l'étude. Elle permet donc de formuler la problématique (cf. ci-dessus).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les données sont analysées et classifiées en utilisant le SPSS Version 11.0.
Objectifs	<p>Les <b>objectifs</b> de l'étude sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etudier la prévalence et la nature des délires liés à l'enfant, parmi les mères présentant en post-partum l'apparition d'une maladie mentale grave</li> <li>2. Etudier l'association entre le type de symptômes délirants liés à l'enfant et aux interactions mère-enfant</li> </ol> <p>L'objectif découle de l'état des connaissances et de la problématique.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il s'agit d'une étude de cas (=devis quantitatif). Une étude de cas est l'examen détaillé d'un phénomène lié à un individu, famille, groupe, à un moment précis ou évoluant sur une longue période.
Population et contexte	La description de l'échantillon est détaillée (critères d'inclusion) : 108 femmes admises dans l'établissement psychiatrique de l'institut national des maladies mentales et des neurosciences (Sud de l'Inde), ayant un début de maladie mentale sévère (schizophrénie, autres troubles psychotiques, manie ou sévère trouble dépressif), durant les 6 premières semaines post-partum et jusqu'à 1 année.

	La taille de l'échantillon (108 femmes) me semble adéquate par rapport au contexte de recherche.
Collecte des données et mesures	<p>L'instrument de collecte de données est le suivant : <b>Birmingham Interview for Maternal Mental Health</b> : il s'agit d'interview semi-structurés durant lesquels le récit des mères est enregistré. Il y avait 120 questions/évaluations obligatoires, structurées en 8 sections. L'entretien durait environ 1h45 (gamme de 1 à 3 heures).</p> <p>Evaluation, rapport et observations des soignants et infirmiers : ont évalué la sécurité de l'enfant.</p> <p>Les variables sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Catégories des idées délirantes</li> <li>- Comportement maternel</li> </ul>
Déroulement de l'étude	Le consentement éclairé a été obtenu par ces femmes avant leur participation à l'étude.
<b>Résultats</b>  Traitement des données et présentation des résultats	<p>Sur les 108 femmes, les analyses ont été faites sur un total de <b>105 femmes</b> car 3 n'ont pas été hospitalisées avec leur bébé (pour deux, il était insécure de garder le bébé avec la mère, et le troisième bébé avec une pathologie physique).</p> <p>Les résultats sur l'échantillon étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60% des femmes étaient primigestes</li> <li>- 46% ont accouché d'une fille</li> <li>- L'âge moyen était de 22,8 ans plus ou moins 3,4ans</li> <li>- L'âge moyen de l'enfant était de 3 mois</li> <li>- Les diagnostics étaient les suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o 41% : trouble psychotique dont 8% étaient diagnostiqués de schizophrénie</li> <li>o 20% : manie</li> <li>o 8% : trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques</li> <li>o 23% : trouble dépressif sévère sans symptomatologie psychotique</li> <li>o 5% : catatonie</li> <li>o Les diagnostics de deux sujets n'ont pas été enregistrés</li> </ul> </li> </ul> <p>Idées délirantes liées à l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 53% des mères avaient des idées délirantes liées à l'enfant</li> <li>- 35% des mères ont eu plus d'une fois ces idées délirantes</li> <li>- Les types de délires étaient, entre autre, les suivants (cf. table1) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o 36% : l'enfant est le diable ou a une maladie fatale</li> <li>o 21,5% : le bébé est de quelqu'un d'autre</li> <li>o 28,5% : autres idées délirantes impossible à classer</li> </ul> </li> </ul>

	<p>L'analyse des associations entre les catégories d'idées délirantes et le comportement maternel a révélé diverses choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les mères ayant des idées délirantes disant que l'enfant va être tué ou on va lui porter préjudice, étaient plus âgées, et étaient plus susceptibles de manifester un comportement affectueux envers le bébé. Les compétences des mères concernant les besoins de base de l'enfant n'étaient pas affectées (<math>p=0.000</math>). Cependant, ces mères-là étaient plus susceptibles d'être agitées si elles étaient séparées de leur bébé.</li> <li>- Les mères ayant des idées délirantes disant que l'enfant était un démon, avait une maladie fatale ou était le bébé de quelqu'un d'autre, étaient plus susceptibles d'avoir des incidents significatifs : crier sur le bébé, frapper le bébé, ou étouffer le bébé</li> <li>- Les enfants de mères qui avaient des délires disant que l'enfant était Dieu, étaient plus susceptibles d'être considérés par les soignants comme n'étant pas en sécurité avec leur mère.</li> <li>- Les autres délires (inclassables) étaient significativement associés avec les mères étant incapable de gérer les tâches liées à l'enfant, et les mères parlaient négativement de leur bébé</li> <li>- Dans l'ensemble, les mères qui avaient des délires envers le bébé ont été considérées comme ayant la plus importante incidence de violence. Ils étaient plus susceptibles d'être considéré comme dangereux.</li> </ul> <p>Les résultats sont présentés de manière claire et étayés par des tableaux et des chiffres significatifs.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La discussion interprète les principaux résultats à partir des recherches antérieures.</p> <p>Près de 78% des femmes ayant un trouble psychotique du post-partum ont des délires liés à l'enfant, il s'agit d'une découverte considérable de cette étude.</p> <p>Les résultats de cette étude démontrent que pas seulement la présence mais aussi la nature du délire et des symptômes psychotiques peuvent avoir un rôle dans l'interaction mère-enfant.</p> <p>Certains délires semblent être significativement reliés à des abus d'enfant et à des torts portés à l'enfant, alors que d'autres semblent plus liés à l'anxiété ou l'agitation.</p> <p>Des angoisses de persécutions liées à l'enfant apparaissent comme étant associées à des soins normaux de l'enfant mais avec plus d'anxiété.</p> <p>Une des étrangetés de cette étude a été l'utilisation de l'échelle d'interview de Birmingham, qui met l'accent sur une évaluation systématique de la psychopathologie en utilisant des questions d'approfondissement. Une méthode comme celle-ci est souvent difficile à utiliser car les mères sont bien souvent défensives, suspicieuses et peuvent être trop stressées par la nature de l'idée délirante.</p> <p>Les résultats de cette étude peuvent aussi aider dans l'évaluation de la sécurité de l'enfant avec sa mère. Une étude précédente a indiqué que les idées psychotiques sur l'enfant prédisent des comportements infanticides.</p> <p>Parmi les points forts de l'étude, on peut signaler l'utilisation d'un entretien détaillé, les évaluations prospectives de toutes les admissions en milieu hospitalier, le recours à des intervieweurs formés et l'utilisation de la version en langue maternelle de la personne interviewée.</p> <p>Les limites de l'étude sont identifiées par les chercheurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des données concernant les idées ou tentatives de suicide n'ont pas été relevées → beaucoup de chercheurs ont</li> </ul>

	<p>identifié l'importance de prendre en compte les idées suicidaires et leur impact sur l'interaction mère-enfant chez les mères psychotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une échelle des psychopathologies aurait aidé pour évaluer la sévérité de la psychose ou des autres troubles comme les désordres cognitifs ou la désorganisation.</li> <li>- Les chercheurs se sont centrés sur les délires liés à l'interaction mère-enfant, mais n'ont pas récolté de données sur les hallucinations, les désordres de la pensée ou les symptômes négatifs.</li> </ul>
Perspectives futures	<p>Des recherches futures pourraient prendre en compte les limites de cette étude, et faire une recherche sur les mères psychotiques, même après la sortie de l'hôpital et la récupération.</p> <p>Cette étude a en outre étudié les liens entre certains types de délires et l'interaction mère-enfant, ce qui pourrait aider à une meilleure prise de décision clinique et les soins</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique et minutieuse. A noter que les limites de l'étude sont bien identifiées par l'auteur. Une limite que je rajouterais est la suivante : l'étude a été menée en Inde. Il s'agit donc d'un continent différent, mais aussi d'une culture différente. Ainsi, on peut se questionner si la symptomatologie psychotique est décrite pareillement qu'en occident. Cependant, cette limite est relative car les symptômes décrits sont totalement similaires à ceux que l'on décrit en occident.</p>
Evaluation globale	<p>L'étude procure des résultats probants, susceptibles d'être utilisés dans la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des angoisses de persécutions liées à l'enfant apparaissent comme étant associées à des soins normaux de l'enfant mais avec plus d'anxiété.</li> <li>- Les autres délires (inclassables) était significativement associés avec les mères étant incapable de gérer les tâches liées à l'enfant, et les mères parlaient négativement de leur bébé</li> <li>- Près de 78% des femmes ayant un trouble psychotique du post-partum ont des délires liés à l'enfant</li> </ul>



### RECHERCHE 3

**Source :** Gay, M.P., Glangeaud-freudenthal, M.-C., Poinso, F. & Rufo, M. (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archive Womens Mental Health*, 5 (2), 49-58.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	« Care in mother-baby psychiatric unit : analysis of separation at discharge », le titre permet de saisir l'idée de la recherche (comment prendre en soin dans une unité mère-bébé, et analyse de la séparation lors de la sortie de l'hôpital).
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise l'ensemble de la recherche, il permet d'avoir une idée sur la problématique, les méthodes et instruments ainsi que sur les résultats.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Le problème est clairement défini et étayé par des statistiques d'autres études. On décrit alors les 4 types de situations pouvant nécessiter une hospitalisation mère-bébé en psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles aigus : notamment psychoses du post-partum (1-2 pour mille de femmes) → il est nécessaire de traiter l'épisode aigu pour éviter des conséquences défavorables d'une séparation précoce et prolongée de la mère et de son enfant, et particulièrement pour éviter des troubles de l'attachement (Bowlby)</li> <li>- Divers troubles anxieux ou dépressifs névrotiques pouvant affecter la relation mère-bébé (dépression post-natal : 10-15% des mères)</li> <li>- Situations dans lesquelles un début de lien mère-enfant doit être promu dans de très graves situations sociales, médicales ou psychiatriques (ceci inclus les situations où les mères souffrent de schizophrénie ou de sérieux troubles de la personnalité)</li> <li>- Symptômes fonctionnels (troubles du sommeil ou de l'alimentation) ou retard psychomoteurs touchant uniquement l'enfant → dans de telles situations, les mères ne sont pas psychiatriquement malades</li> </ul>
Recension des écrits	Les connaissances sur le sujet sont développées dans l'introduction, elles permettent alors d'élaborer la problématique de l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Des auteurs de renommés sont cités dans l'introduction (Bowlby, Murray,...). Ces citations permettent de donner un cadre de référence à l'étude (attachement, lien mère-enfant).
Question de recherche	<p>La question de recherches est formulée sous forme de but :</p> <p>Décrire les soins dans l'unité mère-bébé de Marseille et comparer les femmes de l'échantillon qui ont été séparées de leur bébé de celles qui ne l'ont pas été.</p> <p>La question de recherche découle directement de l'état des connaissances.</p>

<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive.
Population et contexte	<p>La description de l'échantillon est détaillée : il s'agit de 92 mères admises dans l'unité mère-bébé (MBU) entre 1991 et 1998 et 100 enfants (inclus certains frères et sœurs et une paire de jumeaux). 69 pères ont participé à l'étude (les 23 autres n'ont pas participé pour diverses raisons : 14 ne voulaient pas ou ne pouvaient pas, 1 était mort, et 8 était inconnus).</p> <p>Les données n'ont pas été clairement définies comme étant saturées, l'étude a été portée sur les femmes hospitalisées dans cette unité durant une période définie. Aucune indication n'est donnée sur la manière d'interroger ces femmes et si elles ont accepté/refusé de participer à l'étude.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les instruments de collecte de données sont décrits : diagnostiques avec la CIM-10 de la mère et du père, diagnostic de l'enfant en pluridisciplinarité, recueil de données</p> <p>Une adéquation est présente entre le phénomène étudié (soins des mère-bébé dans une unité de psychiatrie), la question de recherche (description des soins faits et comparaisons de femmes séparées de leur enfant et non séparées) et les instruments de collecte de données (diagnostiques avec la CIM-10 de la mère et du père, diagnostic de l'enfant en pluridisciplinarité, recueil de données).</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les mères hospitalisées dans la MBU entre 1991 et 1998 ont participé à l'étude</li> <li>- Les 92 mères et les 69 pères ont été indépendamment diagnostiqués par deux psychiatres à l'aide de la CIM-10</li> <li>- Un recueil de données (démographiques, historique clinique, résultats cliniques) a été effectué</li> <li>- Diagnostic de l'enfant : effectué par deux psychiatres, une psychologue et l'observation des infirmières → diagnostic discuté jusqu'à un consensus</li> </ul>
Rigueur	Le déroulement de l'étude, c'est-à-dire l'analyse des données des femmes (de leur enfant et le père de l'enfant), est bien défini. En effet, il s'agit d'une étude épidémiologique donc qui se passe sur le terrain (observation).
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les résultats sont séparés en deux parties (= les deux parties de la question de recherche) :</p> <p>1. Description des soins dans la MBU de Marseille</p> <p>Objectif de l'unité : prendre en soin une mère et son bébé et encourager le développement d'une bonne relation entre les deux, en dépit des graves problèmes psychologiques, temporaires ou plus durables, de la mère. Aider les parents à développer une identité en tant que parent, à travers des expériences réelles, aussi près que possible de la vie quotidienne → permettrait : 1. D'éviter un problème relevé par deux auteurs (David et Lamour) : discours de nombreuses mères schizophrènes à leur psychiatre incohérent avec les attitudes observées au quotidien auprès de leurs enfants → conduit à des séparations dont il est difficile de trouver la cause. 2. La continuité de la vie quotidienne conduirait certaines mères à accepter leurs problèmes de façon plus réaliste et à chercher des solutions appropriées avec l'équipe.</p> <p>Action basée sur la continuité de la présence de la mère et l'enfant. Le soignant des enfants (child-care giver) adopte une attitude réservée mais se montre disponibles et reste présent dans les moments perçus comme anxiogènes.</p>

	<p>Les limites de la neutralité des soignants et de leur attitude réservée dépend de deux facteurs : la protection de l'enfant et la demande de la mère qu'un soignant intervienne. La relation entre la mère et le soignant implique des projections d'images parentales. C'est pourquoi, les interventions des soignants sont analysées chaque semaine dans une réunion d'équipe.</p> <p>La nécessité d'un réseau social et familial à disposition de la mère et du bébé devient de plus en plus évidente. Ce réseau permettrait la mise en œuvre de solutions progressives et pouvant durer sur le long terme → soignant doivent être disposés à travailler avec celui qui vient (grand-père, père, oncles, etc.). Ils doivent aussi accepter la création d'une sorte de situation de « multi-parents » durant une période transitoire, car il permettrait de conduire à un soutien familial à long terme.</p> <p>Dans cette unité, différentes approches sont proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychothérapie de type psycho-analytique rarement possible car exige que les parents puissent faire le lien entre le passé et le présent et puisse accepter les parties d'eux-mêmes qu'ils auraient projetées sur l'enfant. Dans les situations rencontrées, cette thérapie a été rarement possible et seulement avec des femmes présentant des problèmes plutôt névrotiques.</li> <li>- Le plus souvent, l'équipe a travaillé avec des parents dont les affects sont massivement touchés. L'enfant peut donc être perçu comme un persécuteur, ou alors comme étant un enfant malade nécessitant des soins. La psychothérapie devrait éviter toute interprétation et proposer de travailler sur l'expérience quotidienne, les représentations parentales, reconnaissance des besoins actuels de l'enfant et anticipation de son développement → ceci nécessite une cohérence dans les attitudes de tous les membres de l'équipe !</li> <li>- Certaines mères veulent voir le psychiatre ou psychothérapeute sans l'enfant. On travaille alors sur le lien à l'enfant et sur la parentalité. Il est important de travailler sur le lien, notamment pour les femmes présentant déjà des angoisses en lien avec l'attachement (borderline ou certaines psychotiques). Pour beaucoup de femmes, ces thérapies continueront sur l'extérieur.</li> <li>- Traitement médicamenteux</li> </ul> <p>La durée d'hospitalisation dans la MBU a varié durant l'étude entre 1 semaine à plus d'un an, il est donc difficile de signaler une durée moyenne de séjour. Par contre, près de 50% des dyades sont restés de 3 à 6 mois.</p> <p>2. Analyse de la séparation à la sortie de l'hôpital</p> <p>Durant la période d'étude, 21 mères ont été séparées de leur enfant (=22.8%).</p> <p>Les enfants séparés de leurs mères peuvent être classés en deux groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfant enlevés par ordonnance judiciaire puis placés en famille d'accueil (7 garçons et 8 filles, y compris les jumeaux).</li> <li>2. enfants placés sous la garde non officielle d'un autre membre de la famille (5 filles et 2 garçons). Pour ces 7 cas, 5 mères étaient diagnostiquées schizophrènes et deux avaient de graves troubles de la personnalité de type borderline.</li> </ol>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés de manière claire et explicite, à l'aide de différents tableaux et statistiques.

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Une première partie de la discussion tente d'expliquer les résultats liés à l'étude sur la séparation mère-bébé. Ceci prouve qu'une séparation précoce (même avant que l'enfant ait 6 mois) est non seulement préjudiciable à la qualité de l'attachement de la mère, mais est également une source de souffrance pour le bébé. Unité mère-bébé permettrait de travailler progressivement sur la souffrance développée par l'enfant lors d'une séparation, et aurait un rôle important dans ces situation de séparation souvent dramatiques.</p> <p>Cette étude montre que le pronostic des femmes souffrants d'une psychose aiguë est bien différent de celles souffrant d'une schizophrénie.</p> <p>Les psychoses aiguës du post-partum sont bien souvent liées à des psychoses affectives (bipolaires) et peuvent être leur première manifestation chez la jeune femme. La possibilité d'un traitement efficace dans la période aiguë permettrait de préserver autant que possible la continuité du lien mère-enfant.</p> <p>De plus, ces épisodes aigus se développent dans un cadre familial différent de celui des femmes souffrant de schizophrénie. La famille est présente, préoccupée, appropriées, participe dans le traitement, permet des congés à domicile le week-end et reprend une partie des soins du bébé. Le père est plus souvent présent et actif.</p> <p>Par contre, pour les femmes souffrant de schizophrénie, l'isolement est beaucoup plus important et le père est souvent absent voire inconnu. Seulement 25% des femmes schizophrènes de cette étude ont pu garder leur enfant, car elles avaient toutes une situation conjugale stable, et le père était présent à la maison.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas clairement définies. Cependant, étant donné qu'il s'agit-là d'une recherche qualitative descriptive et dont les résultats proviennent en parti (pour ce qui est des soins prodigués dans l'unité mère-bébé) d'observations faites par l'équipe soignante, ces résultats sont subjectifs mais peuvent tout de même apporter des apports intéressants et fiables à ma revue de littérature.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Les chercheurs, selon leurs résultats, proposent de fixer des objectifs d'hospitalisation selon le diagnostic (psychose aiguë, trouble de la personnalité, schizophrénie)</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit, structuré et suffisamment détaillé pour permettre une analyse critique, malgré certains manques, notamment le fait qu'il est difficile de savoir exactement comment les données ont été récoltées (est-ce un observateur extérieur à l'équipe de la MBU ou un membre de l'équipe ?).</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>L'étude procure des résultats probants, susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière, notamment la manière de prendre en soins les mères et leur enfant, les objectifs en lien avec la pathologie (aiguë ou chronique).</p>

## RECHERCHE 4

**Source :** Antonysamy, A., Wieck, A. & Wittkowski, A. (2009). Service satisfaction on discharge from a psychiatric mother and baby unit : representative patient survey. *Archives of women's mental health*, 12, 359-362.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	« Satisfaction de service à la sortie d'une unité psychiatrique mère-bébé : sondage auprès des patients ». Le titre est explicite.
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise la recherche : introduction, méthode et population, résultats, perspectives.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème étudié est clairement défini et découle de l'état des connaissances :
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des unités mère-bébé existent dans de nombreux pays mais on connaît encore peu sur leur efficacité et comment les patients les évaluent</li> <li>- Jusqu'à aujourd'hui, il n'y a eu qu'une étude qui s'est intéressée au sujet (Neil, 2006, <i>étude analysée pour cette revue de littérature</i>).</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre conceptuel utilisé pour cette étude est le questionnaire établi lors d'une précédente étude (Neil, 2006).
Question de recherche	<p>La question de recherche est formulée sous forme d'objectif :</p> <p><b>Explorer les raisons de l'insatisfaction dans les zones qui ont été mises en évidence dans l'enquête précédente</b> (= insatisfaction des discussions de leurs problèmes avec les médecins et les infirmières, insatisfaction avec le degré d'investissement dans le planning et les décisions quant à leurs soins et à la disponibilité des activités structurées) et identifier <b>les caractéristiques des patients qui ont influencé leur expérience</b>.</p> <p>Cet objectif découle directement de l'état des connaissances (notamment des résultats de l'étude de Neil, 2006).</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>Le devis de recherche est décrit : il s'agit d'une méthodologie quantitative et qualitative.</p> <p>Les méthodes utilisées pour analyser les données correspondent à la tradition de recherche (entretien semi-structure → qualitatif ; questionnaire à 5 appréciations → tend plus vers une méthodologie quantitative).</p>
Population et contexte	<p>Femmes hospitalisées dans une unité mère-bébé spécialisée (Mother and Baby Unit at Wythenshawe Hospital in Manchester, England) et ayant une date de sortie entre novembre 2006 et décembre 2007.</p> <p>Pour éviter les biais de l'entretien qualitatif, ce n'était pas un membre de l'hôpital qui collectait les données.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les instruments de collecte de données sont décrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>version modifiée du questionnaire de satisfaction des unités mère-bébé (MBU-SQ)</b> (Neil, 2006), couvrant une gamme d'aspect des services, incluant le temps d'attente pour l'admission, l'environnement, les facilités, le traitement, les besoins individuels, familiaux et de l'entourage, support dans les soins du bébé, activité organisationnelles dans le pavillon.</li> <li>- Un <b>entretien semi-structuré avec des questions ouvertes</b> enregistrés puis retranscrits et codés par deux des</li> </ul>

	<p>chercheurs.</p> <p>Il y a une totale adéquation entre le phénomène étudié (satisfaction des MBU), la question de recherche et les instruments de collecte de données.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon a été recruté dans une MBU de Manchester (England).</li> <li>- Les chercheurs ont demandé à tous les patient qui avaient une sortie de l'hôpital prévue dans les dates mentionnées ci-dessus, s'il acceptaient de participer à l'étude.</li> </ul> <p>L'étude a été approuvée par le département pour la recherche et le développement « of the Manchester Mental Health and Social Care Trust ».</p>
Rigueur	Le déroulement de l'étude est bien étayé et peut donner des conclusions crédibles et transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>L'analyse des données a été faite avec le SPSS version 14.0.</p> <p>Les résultats sont structurés et bien présentés :</p> <p><b><u>Caractéristiques de l'échantillon</u></b></p>
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 67 personnes ont été approchées et 57 ont accepté de participer</li> <li>- 45,6% des femmes avaient entre 26 et 35 ans.</li> <li>- Diagnostic :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Schizophrénie or trouble schizoaffectif : 38,6%</li> <li>o Dépression avec ou sans symptômes psychotiques : 24,6%</li> <li>o Trouble bipolaire : 17,5%</li> <li>o Trouble obsessionnel compulsif : 3,5%</li> <li>o Trouble de la personnalité : 3,5%</li> <li>o Autres diagnostiques : 12,3%</li> </ul> </li> <li>- La totalité des patients avait un ou plusieurs antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.</li> <li>- 61% étaient dans une relation stable</li> <li>- Le service social de l'enfant était impliqué dans 70% des situations !</li> <li>- A la sortie, 6 femmes ont été séparées de leur enfant : 10,5%</li> </ul> <p><b><u>Degrés de satisfaction</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus des ¾ des patientes étaient satisfaites avec le temps d'attente avant l'admission et l'environnement.</li> <li>- Plus de 80% étaient satisfaites des discussions sur leurs problèmes avec les médecins et infirmières.</li> <li>- Le plus gros score de satisfaction a été obtenu pour l'équipement pour les bébés, et pour les soins apportés au bébé (+ de 90%)</li> <li>- Le score le plus bas a été obtenu pour l'organisation des activités (31,6%)</li> </ul> <p><b><u>Information qualitative</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les patientes ont dit préférer être hospitalisées dans une MBU que dans une unité psychiatrique générale →</li> </ul>

	<p>plus sécurisant ; le fait d'avoir le bébé avec elles engendre une grande différence sur le rétablissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien qu'un nombre important de patients aient exprimé de la satisfaction par rapport aux discussions de leurs problèmes avec les infirmières et médecins, plusieurs ont fait des commentaires négatifs : Par rapport aux docteurs : elles auraient aimé avoir plus d'accès à eux Par rapport aux infirmières : L'accès à l'équipe infirmière est insuffisant, temps disponible pour des sessions individuelles étaient plus fréquent avec le personnel infirmier</li> <li>- Un thème émergent de cette partie qualitative est : <b>manque d'activités organisées dans le pavillon</b>. Beaucoup ont ressorti une préférence pour les activités relaxantes. <b>D'autres activités spécifiques</b> ont été proposées : cuisine, soins de beauté, aromathérapie, coiffure et des activités de groupe telles que la marche et l'exercice de groupe dans une salle de gym.</li> </ul>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Comme dans l'étude de Neil, les résultats montrent une préférence à être traité dans une MBU. Le niveau de satisfaction général avec les services était élevé. En contraste avec l'étude de Neil, cet échantillon a relevé un haut degré de satisfaction avec les discussions avec les infirmières et médecins. La différence peut être expliquée par la taille d'échantillon plus importante et plus de biais de sélection dans l'étude de Neil.</p> <p>Les patients hospitalisés ont classé <b>les relations avec le personnel comme l'un des aspects les plus importants de leurs soins</b> et le manque perçu de temps avec le personnel infirmier dans cette étude requiert un examen attentif. Un <b>mécontentement considérable a également été exprimé par le niveau d'activités structurées offertes sur le pavillon</b>. Avec une gravité croissante des maladies chez les femmes hospitalisées ainsi que les demandes croissantes sur la tenue d'enregistrements électronique et l'efficacité de dotation cela s'est avéré un problème difficile à aborder sur l'unité depuis la première enquête.</p> <p><b>La peur de la perte de la garde semblait dominer l'interaction des patients avec des services pour enfants dans plusieurs cas</b>, et c'est une expérience qui a également été rapporté dans une étude précédente. Les travailleurs sociaux pour enfants n'ont généralement pas de formation en santé mentale en Angleterre et ce manque d'expertise peut aggraver une relation qui est difficile dès le départ. <b>Ce domaine requiert l'exploration et le développement d'une formation appropriée.</b></p>
Perspectives	Dans de futures études, nous recommandons d'utiliser une méthode quantitative plus que qualitative.
<b>Questions générales</b> Présentation	Etude courte mais bien écrite et détaillée. Intéressante car reprend les résultats de l'étude de Neil et les compare.

## RECHERCHE 5

**Source :** Neil, S., Sanderson, H. & Wieck, A. (2006). A satisfaction survey of women admitted to a psychiatric mother-baby unit in the northwest of England. *Archive of Women's Mental Health*, 9, 109-112.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	« Une enquête de satisfaction des femmes admises dans un unité psychiatrique mère-bébé dans le nord de l'Angleterre ». Le titre est explicite.
<b>Résumé</b>	Le résumé contient les principales parties de la recherche. Méthodes, population, intervention, résultats.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème Recension des écrits	<p>Le problème de recherche est énoncé clairement et découle de la recension des écrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La satisfaction des patients est un indicateur de performance des services de soins</li> <li>- La présente étude va être menée après l'hospitalisation dans une MBU d'Angleterre. Celle-ci est composée de divers cors de métiers.</li> </ul> <p>Les principaux objectifs de ce service sont les suivants :</p> <p>Utiliser des traitements fondés sur des preuves tirées de la psychiatrie générale et périnatale, afin de fournir un environnement sain et propre, de fournir des conseils individualisés et dans les domaines de l'éducation et des soins de bébé, sur le développement infantile et sur la maladie mentale maternelle, et d'établir une relation thérapeutique avec les patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon les recherches faites par les chercheurs, il n'existe actuellement aucune publication sur les femmes traitées dans une unité mère-bébé en psychiatrie.</li> </ul>
<b>Objectif</b>	Procéder à une étude pilote chez des patients récemment sortis de MBU et d'identifier les domaines à approfondir. L'objectif découle de l'état des connaissances (Selon les recherches faites par les chercheurs, il n'existe actuellement aucune publication sur les femmes traitées dans une unité mère-bébé en psychiatrie).
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis est décrit, il s'agit d'une enquête de satisfaction (étude quantitative), dont les résultats doivent « être considérés comme qualitatifs, plus que quantitatifs ».
<b>Population et contexte</b>	La description de l'échantillon est bien détaillée : Questionnaire envoyé à 41 femmes, sorties de la MBU Anderson entre le 1 <sup>er</sup> juillet 2003 et le 30 juin 2004. 20 sont venus en retour.
<b>Collecte des données et mesures</b>	Pour cette étude, les chercheurs ont développé un questionnaire de satisfaction des services, spécifique pour les patients dans la période post-natale : The Mother and Baby Unit Satisfaction Questionnaire (MBU-SQ).



Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite :</p> <p>En juillet 2004, le questionnaire a été envoyé par la poste à toutes les femmes sorties de l'unité dans la période mentionnée ci-dessus.</p> <p>Le courrier était accompagné d'une lettre expliquant le but de l'étude et il était demandé aux patients de retourner le questionnaire rempli.</p> <p>Une lettre de rappel a été envoyée 10 jours plus tard.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>La SPSS version 10.3 a été utilisée pour analyser les statistiques descriptives et les corrélations. Le contenu des questions ouvertes a été analysé pour identifier des thèmes émergents.</p>
Présentation des résultats	<p><b><u>Le questionnaire a été envoyé à 41 femmes : caractéristiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge moyen : 30,26 ans.</li> <li>- Diagnostic :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>65,8% : trouble psychotique</b></li> <li>o 17,1% trouble dépressif</li> <li>o 17,1% : autres troubles (troubles de la personnalité, anxiété,...)</li> </ul> </li> <li>- La durée moyenne du séjour était de 42,1 jours (de 6 à 144)</li> <li>- Le service de protection de l'enfant était impliqué dans 56,1% des situations.</li> <li>- 4 femmes (=9.6%) ont été séparée de leur enfant à la sortie</li> </ul> <p><b><u>20 questionnaires sont venus en retour :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La satisfaction globale de la MBU était élevée et toutes les personnes ont trouvé plus aidant d'être admises dans une MBU quand dans l'hôpital psychiatrique général, malgré la plus grande distance de leur maison.</li> <li>- <b>Un haut niveau de satisfaction</b> a été exprimé par rapport au temps d'attente pour l'admission, l'environnement de l'unité, la multidisciplinarité des soins, la discussion des problèmes avec les infirmières de nurserie et les partenaires impliqués avec le bébé</li> <li>- <b>La moitié n'était pas satisfaite</b> avec leur niveau d'implication dans la planification et la prise de décisions concernant les aspects de leurs soins et la disponibilité des activités organisées</li> <li>- <b>Près d'un tiers des participants n'étaient pas satisfaits</b> de la discussion de leurs problèmes avec les infirmières et médecins !</li> <li>- 95% ont répondu à la question ouverte concernant les aspects les plus aidants de la MBU et 65% ont répondu à la question ouverte concernant les aspects les moins aidants.</li> <li>- <b>42,1% ont identifié le fait d'être avec leur bébé comme étant l'aspect le plus aidant de la MBU.</b></li> <li>- 23,1% ont trouvé que le fait d'être loin de leur domicile comme l'aspect le moins aidant.</li> </ul>

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les réponses aux questions ouvertes n'ont pas apporté de nouvelles catégories de satisfaction. Ceci suggère que le questionnaire a une haute validité pour mesurer la satisfaction des MBU.</p> <p>Les patients ont indiqué ne pas être satisfaits de leur implication dans leurs propres soins. Ces résultats semblent être récurrents dans l'évaluation des services psychiatriques. La raison de ceci n'est pas claire.</p> <p>L'échantillon était particulièrement satisfait des soins apportés au bébé et à tout ce qui touchait le bébé (équipement, infirmières spécialisées, discussion de problèmes avec la nurse, ...). <b>L'insatisfaction des sujets avec les aspects de leurs soins de psychiatrie générale reflète les problèmes présents dans tous les milieux de traitement</b> et de services différents.</p> <p>Les chercheurs rendent compte des limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de questionnaires complétés dans cette enquête postale a été faible et peut avoir entraîné un biais de réponse : les patients qui ont été plus satisfaits étant plus motivés à répondre</li> <li>- Le questionnaire a été développé sans consultation formelle avec les utilisateurs de service (patients). Dans la recherche, il a été développé sans les perspectives des patients, l'évaluation est incomplète et est orientée vers les priorités des fournisseurs.</li> <li>- Étant donné que l'étude a été menée sur un petit échantillon, les résultats concernant de nouveaux thèmes dans le questionnaire ne sont pas représentatifs.</li> </ul>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les chercheurs traitent des conséquences de l'étude sur la recherche et sur la pratique clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour obtenir des données représentatives sur le questionnaire, de nouvelles enquêtes doivent être faites au moment de la sortie de la MBU.</li> <li>- Les femmes avec une maladie postnatale ont trouvé que l'admission dans une MBU était plus aidante que dans un hôpital psychiatrique habituel, et qu'elles étaient généralement satisfaites de ce que les services leur offrent. → cette étude apporte une contribution aux discussions concernant la nécessité d'unités spécialisées MBU.</li> <li>- Le questionnaire peut être utilisé par d'autres unités spécialisées.</li> <li>- Cette étude a souligné le manque de satisfaction des patients dans l'investissement de leurs propres soins et des discussions avec les professionnels quant à leurs propres problèmes. → de nouvelles études pourraient être menées sur ces deux aspects d'insatisfaction.</li> </ul>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien présenté et bien écrit, il permet une analyse minutieuse et critique.</p>
<p>Évaluation globale</p>	<p>L'étude procure des résultats pouvant être utilisés dans ma propre recherche, en tenant compte des limites de l'étude.</p>

## RECHERCHE 6

**Source :** Geller, J.L., Nicholson, J. & Sweeney, E. M. (1998). Focus on Women : Mothers with mental illness : I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric services*, 49 (5), 635-642.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Focus sur les femmes : les mères atteintes d'une maladie mentale : I. Les exigences contradictoires de la parentalité et la vie avec la maladie mentale. Le titre est totalement explicite et permet de saisir le problème de recherche
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise clairement les principales parties de la recherche (Objectifs, méthode, résultats, conclusion).
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le phénomène étudié (mère ayant une maladie mentale) est explicité et découle de l'état des connaissances.
Recension des écrits	L'état des connaissances est structuré et complet. Il résume très bien ce qui est connu jusqu'alors, notamment ceci : beaucoup d'études ont porté sur les enfants de mères atteintes de maladie mentale mais la recherche porte son attention que depuis « récemment » (étude de 1998) sur l'expérience des mères et l'impact de la parentalité sur le bien-être maternel. Le taux de perte de la garde chez les mères atteintes de maladie mentale est élevé. Etc.
Objectif	L'objectif était clairement de décrire les expériences des mères et d'identifier les variables et les relations qui mèneraient au développement de la théorie qui pourrait guider la recherche future et la pratique clinique.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme d'objectif : Le but de cette recherche est de <b>comprendre les expériences parentales des femmes atteintes de maladie mentale</b> à partir des perspectives des mères et des gestionnaires de cas utilisés par le département d'état de santé mentale. L'objectif de recherche découle directement de l'état des connaissances
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est décrit et argumenté : il s'agit d'une étude comparative (donc quantitative d'un premier point de vue), mais les données sont analysées d'une manière qualitative. Cette méthode qualitative est « appropriée compte tenu de la rareté de la recherche dans ce domaine ».
Population	Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données sont décrites : - Recrutement des mères atteintes de maladie mentale : une moyenne de 15 mères a été recrutée au hasard (randomisé) dans la population des mères vivant dans la communauté recevant des soins de santé mentale. - Recrutement de gestionnaires de cas (ayant travaillé pour le département de la santé mentale) : a été mené pour

	<p>donner un aperçu supplémentaire aux problèmes contextuels qui contribuent à l'expérience des mères, l'utilisation des services et les résultats pour elles et leurs familles. 555 gestionnaires de cas ont été recrutés de façon aléatoire. Le critère de recrutement était le suivant : il devait travailler actuellement avec ou avait travaillé avec des clients féminins ayant des enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure du groupe-focus : <b>5 des 6 groupes de discussion de mères</b> ont été menés dans la pratique. 1 groupe (provenant d'une zone géographique plus large) a été mené dans un bureau du département de la santé mentale. Chaque groupe s'est réuni une seule fois, 2 à 3h. Groupe moyen : 7 femmes (gamme de 3 à 10). Les <b>5 groupes de discussions des gestionnaires de cas</b> ont été mené au département de santé mentale. Groupes en moyenne de 11 personnes (de 6 à 14). 40 entretiens ont été mené avant l'étude avec des consommateurs, chercheurs, prestataires de services, décideurs politiques, afin d'assurer que les procédures étaient sensibles et besoins et préoccupations des participants. Un groupe pilote a permis d'évaluer les questionnaires.</li> <li>- L'analyse des données qualitatives : les chercheurs ont codé tous les items générés dans chacun des 11 groupes de discussions, selon les thèmes proposés dans la littérature. D'autres catégories ont été identifiées par les participants. Un total de 466 items a été identifié par les mères et 572 items par les gestionnaires de cas. « La fiabilité interjuge de plus de 90% a été atteinte par les trois chercheurs qui ont identifié ont choisi indépendamment et au hasard des items à partir de chaque groupe de discussion au cours du processus de codage. » Les données présentées ci-dessous ont été tirées de 4 catégories thématiques : la stigmatisation des maladies mentales, parentalité au jour le jour, gestion des maladies mentales, et garde et contact avec les enfants. Des modèles entre les données dans ces catégories thématiques ont été examinés afin d'identifier les sources de conflit pour <b>les mères qui sont en équilibre entre les exigences de la parentalité et les défis de la vie avec une maladie mentale.</b></li> </ul>
Collecte des données et mesures	Il y a une adéquation entre le phénomène étudié (mère ayant une maladie mentale), la question de recherche (décrire les expériences des mères et d'identifier les variables et les relations qui mèneraient au développement de la théorie qui pourrait guider la recherche future et la pratique clinique) et les instruments de collecte de données (groupes, questionnaires = qualitatif).
Déroulement de l'étude	Un assistant de recherche était disponible à chaque mère pour l'aider à la lecture et du consentement éclairé. Les groupes de discussion ont été enregistrés et les données ont été retranscrites en éliminant toute information identitaire.
Rigueur	Le déroulement de la recherche est suffisamment étayé pour que les conclusions soient crédibles. A noter que cette étude (passablement ancienne, 1998) a été utilisée par plusieurs autres chercheurs par la suite.

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données sont suffisamment décrites (voir plus haut dans cette grille).
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés de manière claire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Caractéristiques des participants aux groupes de discussion :</b>  les caractéristiques des mères sont résumées dans le T1 : 42 mères dont la majorité des mères étaient dans la catégorie des troubles affectifs, tels que la dépression majeure ou le trouble bipolaire (N= 23). <b>19% des femmes avaient un diagnostic de trouble psychotique</b> (N=8). 42,7% des enfants vivaient avec leur mère.  Un total de 55 questionnaires de cas a participé aux discussions. 76,4% avaient suivi des études collégiales, 55,4% avaient fait des études supérieures et 34,5% avaient un diplôme d'études supérieures. 24% ont déclaré avoir déjà dénoncé la maltraitance des enfants et des rapports de négligence au sujet de leurs clients.</li> <li>- <b>Modèles dans les catégories de groupes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ STIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE : les femmes atteintes de maladie mentale sont victimes de stigmatisation dans la société, même avant qu'elles ne soient enceintes. Le désir normal de porter et d'élever un enfant est compromis par les attitudes sociales négatives, perçues autant par les mères que par les questionnaires de cas. Les mères sentent alors un stress supplémentaire de devoir faire leurs preuves. Compte tenu de la stigmatisation et des stéréotypes, les gens peuvent rapidement tenir pour responsable la maladie mentale de la mère lorsque l'enfant a des problèmes.</li> <li>○ LES CONTRAINTES DE LA PARENTALITÉ JOUR APRÈS JOUR : les mères ont à accomplir toutes les tâches de routine de la parentalité ainsi que de gérer leur maladie. Les mères se questionnent sur la définition des rôles, ce qui est accompagné de stress et de culpabilité. Elles ont des difficultés à savoir si leur stress de s'occuper de leur enfant est normal ou s'il contient des symptômes de la maladie (un questionnaire de cas mentionne « les facteurs de stress supplémentaires d'entendre des voix, en plus des enfants qui courent partout »).  En luttant pour relever ces défis doubles, les mères peuvent perdre de vue les problèmes typiques de la parentalité et s'évaluer elles-mêmes avec des standards irréalistes.  Les mères peuvent se blâmer pour les problèmes de leurs enfants et ont des difficultés à identifier les problèmes normaux de l'enfance et de l'adolescence.</li> <li>○ GESTION DE LA MALADIE MENTALE : <b>les besoins des mères</b> atteintes de maladie mentale peuvent être <b>en conflit avec ceux de leurs enfants</b>. Elles peuvent mettre la priorité sur les besoins de l'enfant et laisser les leur de côté. Elles peuvent choisir de ne pas prendre de médicaments ou de ne pas aller à l'hôpital, ce qui peut compromettre leur propre bien-être à long terme pour répondre aux besoins de l'enfant à court terme.  Les mères reconnaissent que les enfants peuvent être une motivation pour récupérer. <b>Les mères peuvent être</b></li> </ul> </li> </ul>

	<p><b>disposées à obtenir de l'aide pour elles-mêmes si elles sont convaincues que cette action sera aidante pour leurs enfants.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ LA GARDE ET LE CONTACT AVEC LES ENFANTS : les mères peuvent craindre de perdre la garde de l'enfant, à cause des placements durant l'hospitalisation. Les mères peuvent avoir du mal à entretenir des relations avec les enfants qui vivent avec des parents ou des parents d'accueil, avec lesquels les visites sont sporadiques ou limitées.</li> </ul> <p>La récupération d'une mère peut être compromise si elle n'est pas autorisée à avoir des contacts avec son enfant.</p> <p>L'inquiétude au sujet de la perte potentielle peut contribuer à la décompensation.</p> <p>La résiliation des droits parentaux peut avoir des effets permanents. C'est une perte que reste probablement pour le reste de la vie.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b><i>L'utilité des groupes de discussion</i></b></p> <p>En contraste avec l'étude de Sand (qui dit que les femmes minimisent l'impact de la maladie sur elles-mêmes et leurs enfants), les participants aux groupes de discussions étaient très ouverts à parler de leurs difficultés et besoins. Le fait que les groupes de discussion aient été menés dans un espace neutre, avec des chercheurs qui n'ont aucun lien direct avec les services de santé, a pu probablement minimiser la crainte de la perte de la garde si les mères exposent leurs problèmes.</p> <p>La grande majorité des mères étaient très contentes de pouvoir parler de leur expérience et de leurs enfants. Beaucoup ont indiqué qu'elles n'avaient jamais eu l'occasion de parler avec d'autres mères qui se trouvaient dans la même situation ; beaucoup ont été déçues que les groupes de discussion ne se soient réunis qu'une seule fois. <b>Un des groupe a continué les réunions et a ouvert le groupe aux pères, puis établi un projet de soutien aux familles.</b></p> <p>Les gestionnaires de cas ont exprimé le même enthousiasme pour le sujet. Certains ont exprimé une grande préoccupation pour les enfants de mères atteintes de maladie mentale. Beaucoup ont parlé d'un manque de ressources pour ces mères.</p> <p><b><i>A quel point le groupe de discussion des mères était représentatif ?</i></b></p> <p>L'échantillon des mères dans les groupes de discussion a été largement représentatif de la population des mères qui s'occupent d'enfants âgés de moins de 18 ans et qui ont été inscrites dans le système de suivi des clients du ministère de la santé mentale du Massachusetts au moment de l'étude.</p> <p>Il est important de signaler que les diagnostics ont été fournis par les mères qui ont participé à l'étude et ne sont pas des diagnostics de recherche.</p>

### ***L'impact de la stigmatisation***

La stigmatisation associée à la maladie mentale grave étaient un thème omniprésent pour les mères. Une préoccupation exprimée par les mères, les cliniciens et les chercheurs était que **les femmes peuvent refuser leurs grossesses et ne parviennent pas à obtenir des soins prénatals afin d'éviter la stigmatisation et la douleur associée à une perte anticipée de la garde.**

Les femmes peuvent décider d'arrêter inutilement la prise de médicaments pendant la grossesse dans le but de protéger leur bébé, ce qui pourrait être évité si elles se sentaient à l'aise avec le fait de se confier aux fournisseurs de soins de santé mentale.

### ***Tensions normales de la parentalité***

Les mères ont longuement discuté de ce qui peut être considéré comme un stress normal pour tout parent. Elles ont reconnu que le stress normal de la parentalité est exacerbé par la maladie mentale.

Les mères étaient très inquiètes de l'impact de leur maladie sur leur enfant et se sentaient coupables de ce qu'elles auraient pu « faire faux ». **Les mères ont identifié le besoins d'avoir des informations sur la manière de parler avec leurs enfants de leur maladie et traitements.**

Tout comme dans la population en général, les mères atteintes de maladie mentale varient en compétences parentales. Dans cette étude, les mères identifient des difficultés à gérer le comportement de leurs enfants, ce qui est concordant avec les résultats de recherches antérieures.

### ***Gestion de la maladie***

Tout comme d'autres mères, les mères atteintes de maladie mentale peuvent sacrifier leur propre bien-être pour répondre aux besoins perçus de leurs enfants. Cette tendance est particulièrement manifeste dans les situations impliquant des médicaments et des hospitalisations. Des femmes de cette études expliquent que **les effets secondaires des médicaments peuvent nuire à leur capacité à être parent**, notamment en les rendant léthargiques quand elles ont besoin d'énergie ou en les rendant incapables de « penser clairement ».

Les femmes sans ressources ou sans plan pour la garde d'enfants pendant les hospitalisations peuvent retarder l'obtention de l'aide nécessaire jusqu'à ce qu'une véritable crise se développe.

**Les besoins des femmes pour fonctionner en tant que mères doivent être pris en compte dans la planification du traitement et le développement de stratégies de gestion de la maladie.** Une étude de Seeman suggère que les

	<p>thérapeutes soutiennent les mères dans <b>l'apprentissage de la reconnaissance des symptômes, de les considérer comme des signaux d'alerte, et d'adopter des mesures de protection pour réduire le stress</b>. Une intervention peu coûteuse serait <b>d'aider les mères à développer un plan de secours en cas d'hospitalisation</b>.</p> <p>La fierté d'être parent peut être un puissant facteur de motivation. Les femmes atteintes de maladie mentale peuvent être motivées à participer activement aux efforts de rétablissement. <b>Les mères reconnaissent tout de même que les enfants contribuent au stress autant qu'à la motivation</b>.</p> <p><i><b>Le contact avec les enfants et la perte de la garde</b></i></p> <p>Les mères de l'étude ont identifié leur plus grande crainte qui était de perdre la garde ou le contact avec leurs enfants. Cette crainte peut nuire à leur bien-être et atténuer l'utilisation des services et l'observance du traitement.</p> <p>Les mères ont aussi identifié le fait que <b>la douleur de perdre la garde d'un enfant</b>, que ce soit par l'abandon volontaire ou l'enlèvement par les services sociaux, <b>ne disparaît jamais</b>. La façon dont ces situations sont traitées par les fournisseurs de soins peut <b>avoir un impact énorme sur le bien-être des femmes et des enfants</b>. Selon plusieurs recherches (1995, 1997), les mères souffrant de troubles psychotiques sont moins susceptibles de conserver la garde que les mères souffrant de troubles affectifs.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas clairement identifiées. Cependant, les chercheurs ont pris soin de mener cette étude et rectifiant certains biais d'études antérieures.</p>
Perspectives	Les chercheurs identifient certains points qui pourraient être utilisés dans la pratique clinique.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse. Un point négatif pourrait tout de même être le fait que les limites ne sont pas identifiées.
Evaluation globale	L'étude procure des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière.



## RECHERCHE 7

**Source :** Freeman, M., Johnson, S., Khalifeh, H., Killaspy, H. & Murgatroyd, C. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis : a qualitative study. *Psychiatric services*, 60 (5), 634-639.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le titre peut être traduit en français ainsi : « Traitement à domicile comme alternative à l'admission à l'hôpital pour les mères dans une crise de santé mentale : une étude qualitative ». Le titre me semble explicite et donne une idée claire du problème de recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise clairement la recherche. Il est structuré en 4 parties bien distinctes : objectif, méthodes, résultats et conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème est clairement défini, il fait parti de la recension des écrits qui résume clairement les connaissances sur le problème étudié :
Recension des écrits	<p>Au Royaume-Uni, 30-60% des patients ayant une maladie mentale sévère et persistante ont des enfants.</p> <p>L'impact de la maladie du parent en phase aiguë est susceptible de différer lorsque les patients sont traités à domicile ou dans un hôpital. Cependant, aucune étude n'a examiné l'impact du traitement à domicile sur les parents et leurs enfants.</p> <p>En 2000, le Royaume-Uni était le premier pays mandaté pour introduire au niveau national une équipe de traitement à domicile (équipe de résolution de crise = crisis resolution teams = <b>CRTs</b>).</p> <p>Le CRTs évalue aussi rapidement que possible tous les patients considérés pour une admission en phase aiguë.</p> <p>Le CRTs a effectivement réduit le nombre de lits hospitaliers, ainsi il y a certaines preuves qui montrent qu'ils améliorent la satisfaction des patients.</p> <p>Lorsque des parents sont en extrême souffrance, ils ont souvent du mal répondre aux demandes à la fois de la maladie et du rôle parental.</p> <p>L'impact de la crise sur les parents et les enfants peut être modifié par un prise en charge et un soutien appropriés.</p> <p>L'hospitalisation des parents peut les soulager de la charge de l'enfant et protéger ceux-ci contre les effets de la maladie aiguë, mais elle expose également les enfants au traumatisme de la séparation</p> <p>Les parents sont inquiets, à court terme, par rapport à cette séparation. Ils craignent aussi, à long terme, de perdre la garde de l'enfant, ce qui les conduit, dans certains cas, à éviter les professionnels de la santé lorsque la crise est aiguë</p>
Question de recherche	<p>La question de recherche est formulée sous forme d'<b>objectif</b> :</p> <p>Afin d'étudier les mérites relatifs du traitement à domicile contre une admission à l'hôpital, nous avons exploré les</p>

	<p>expériences, les préférences de traitement et les besoins non satisfaits des parents qui ont été traités à la maison pour une crise de santé mentale aiguë.</p> <p>La question de recherche découle de l'état des connaissances.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>Le <b>devis</b> de recherche est décrit : il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique (décrit l'expérience, le vécu de l'échantillon).</p> <p>La méthode utilisée pour recueillir les données (entretiens) correspond au devis de recherche.</p> <p>Le temps passé sur le terrain est en adéquation avec le devis de recherche : les entretiens ont été menés sur une période de six mois.</p>
Population et contexte	<p><b>Cadre</b> : étude réalisée dans les arrondissements de Londres qui ont un total de population de 373'817. Cette zone connaît l'un des taux les plus élevés du Royaume-Uni de morbidité psychiatrique.</p> <p><b>Echantillon</b> : femmes traitées par un CRT dans les 18 mois précédents.</p> <p>Les données ont été saturées. Les critères d'inclusion sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les femmes devaient avoir la responsabilité totale ou partielle d'un enfant de moins de 18 ans</li> <li>- Maîtrise de l'Anglais parlé</li> <li>- Etat mental stable au moment de l'entretien</li> <li>- Capacité de donner son consentement éclairé à participer à l'étude</li> </ul> <p>Les patients n'ont pas été approchés s'ils avaient perdu récemment la garde d'un enfant.</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'instrument pour recueillir les données est le suivant : <b>Entretien semi-structuré</b> : le guide thématique de l'entretien a été fondé sur des recherches antérieures et sur les objectifs de l'étude (explorer l'expérience des patients lors d'un traitement à domicile, les expériences des enfants et les besoins non satisfaits).</p> <p><b>L'analyse</b> du contenu des entretiens a été réalisée avec un logiciel. Une trame de codage a été élaborée.</p>
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patientes susceptibles de participer à l'étude ont été identifiées par le personnel du CRT.</li> <li>- Utilisation d'un échantillonnage raisonné pour recruter des patients avec des diagnostics différents, des histoires de traitement, divers niveaux de soutien social et différents âges des enfants.</li> <li>- Les patients éligibles ont reçu un feuillet d'information et un formulaire de <b>consentement éclairé</b>, puis ont été contacté par téléphone par le personnel du CRT.</li> <li>- Les entretiens ont eu lieu dans l'endroit choisi par le participant</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après l'entretien, les participants ont reçu deux fiches d'information sur la maladie mentale des parents, dont un destiné aux enfants</li> <li>- Après les entretiens avec les mères, d'autres entretiens ont été menés avec leurs enfants → avec accord parental, formulaire de consentement, possibilité d'être interviewé seul ou avec un membre de la famille.</li> <li>- Chaque participant a reçu un bon de 10 pounds pour le temps consacré à l'étude (enfants et parents)</li> <li>- Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits.</li> </ul> <p>L'étude a été approuvée par le <b>comité d'éthique</b> de la recherche locale.</p>
Rigueur	Le déroulement de la recherche est très bien décrit. Il permet d'obtenir des conclusions crédibles et transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	La méthode de traitement des données est suffisamment décrite (voir collecte des données et mesures).
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés de manière claire (divers points, tableaux) :</p> <p><b>1. Caractéristique des participants :</b>  Sur les 35 patients contactés, 18 ont accepté de participer.  Les caractéristiques sont résumées dans un tableau (table 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% sont des parents célibataires, 44% vivent avec le père et 6% avec un autre homme</li> <li>- Diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dépression majeure : 56%</li> <li>○ Trouble bipolaire : 33%</li> <li>○ Schizophrénie : 11%</li> </ul> </li> </ul> <p>A noter que 24% des personnes ayant refusé de participer à l'étude souffrent d'un trouble psychotique.  Sur les 10 mères ayant des enfants entre 12 et 18 ans, 4 ont donné leur consentement pour que les enfants soient interviewés. 4 enfants de deux familles ont été interrogés. Tous les enfants avaient des contacts importants avec la mère durant la crise, et avaient aussi vécu l'hospitalisation de la mère dans le passé.  <i>Il n'est pas précisé le diagnostic des deux mères des enfants interrogés...</i></p> <p><b>2. Analyse thématique :</b>  <u><b>L'expérience des mères avec un traitement à domicile</b></u>  <b>Globalement</b> : l'aspect positif du traitement à domicile était lié aux besoins du patient ; et l'aspect négatif à leur rôle de parent.  Les deux <b>avantages</b> les plus fréquemment décrits étaient les suivants : le CRT offre des soins de qualité, on évite ainsi une hospitalisation indésirable.  Les <b>inconvenients</b> du traitement à domicile couramment décrits par les patients étaient tous reliés aux difficultés à</p>

tenir son rôle de parent tout en étant en crise. **Cinq thèmes** communs sont ressortis :

- Difficultés à **répondre aux besoins physiques** de l'enfant et le maintien des limites normales (**cadre**)
- Manque de **connectivité émotionnelle** avec les enfants : une mère a expliqué : « je me sens comme engourdie, comme si je n'avais pas de sentiment [...], je sais que je les aime mais je ne ressens rien. »
- L'exposition des enfants à des symptômes de détresse ou du comportement : une mère explique : une fois que je m'automutilais, ma fille m'a dit « ne fais pas ça maman, c'est mal », et elle n'avait que deux ans.
- Intégrer directement les enfants dans les symptômes : par exemple une mère explique qu'elle a pensé à un « chose terrible », mettre son fils dans le four. Ce qui lui a fait « totalement flipper ».
- Surcharger l'enfant avec des responsabilités de prestations de soins : « parfois c'est presque comme si j'étais l'enfant et lui le parent ».

#### **L'expérience des enfants avec un traitement à domicile**

Les chercheurs ont comparé la perception des participants quant à l'expérience et les besoins de leurs enfants durant le traitement à domicile, avec la perception des enfants.

Bien que les parents fussent en mesure de décrire leur propre lutte pour répondre aux besoins des enfants, la plupart semblaient avoir **du mal à réfléchir sur ce que les enfants eux-mêmes avaient vécu**, pensé et ressenti. Elles décrivent ces difficultés principalement **à cause d'une mauvaise communication**, aussi bien pendant la crise que par la suite.

La raison de cette pauvre communication est décrite dans un tableau :

- Le parent est trop malade
- Le parent comprend mal sa pathologie
- Le parent souhaite protéger l'enfant
- La perception du parent de ce que l'enfant comprend
- Le parent n'a pas la garde de l'enfant
- ...

Dans l'ensemble, **les enfants perçoivent le traitement à domicile de manière négative**. Ils ont donné de nombreux exemples des soucis qu'ils avaient, comme l'incapacité du parent à fournir des soins, **l'inversion des rôles** où l'enfant essaie de protéger le parent.

En outre, certains enfants ont décrit un **sentiment que leur mère était agressive avec eux ce qui les effrayait**.

#### **Préférence de traitement**

86% des patients qui avaient été traités par le passé dans un hôpital (=12/14) préfèrent le traitement à domicile, parce qu'elles s'y sentent plus en sécurité et mieux soignées. Cependant, les 6 participants qui **avaient été traités par le passé dans un centre de crise ont préféré ceci que d'être traités à la maison**, principalement en raison des problèmes parentaux (écrasés par les responsabilités parentales, ont estimé qu'une admission serait bénéfique pour les enfants).

	<p>Contrairement aux parents, la plupart des <b>enfants</b> interrogés (80%) ont dit <b>préférer que leur mère soit admise plutôt qu'elle fasse un traitement à domicile. Une admission</b> donnait l'impression aux enfants qu'elle allait être mieux soignée et <b>diminuait leurs inquiétudes.</b></p> <p><b><u>Rôle de la famille élargie</u></b></p> <p>La moitié des participants avaient l'aide du partenaire ou d'un parent au cours de la crise. Beaucoup ont trouvé ce soutien pratique, <b>surtout en ce qui concerne la garde des enfants.</b></p> <p>Toutefois, certains participants ont fait part de leur <b>tristesse/inquiétude quant à la perte de leur rôle parental.</b></p> <p>Les enfants interrogés avaient le soutien de leur père durant la crise. Ils ont décrit le <b>rôle clé du père et de la fratrie qui permettaient de les protéger du plein impact de la crise.</b></p> <p><b><u>Les besoins non satisfaits et le rôle des professionnels</u></b></p> <p>Globalement, les patients étaient satisfaits de la prise en charge de leurs besoins par les professionnels du CRT. Bien que <b>89% des parents aient décrit des difficultés importantes avec le rôle parental, seuls 19% ont dit vouloir une aide professionnelle à ce sujet.</b></p> <p>La majorité des parents étaient préoccupés par l'inquiétude que leur rôle parental soit <b>jugé négativement ou que la garde leur soit enlevée.</b></p> <p>Toutes les familles où les <b>enfants avaient des contacts avec les professionnels</b> de la santé ont trouvé cela <b>utile</b>, à la fois pour le parent et pour l'enfant.</p> <p>Certains enfants reflètent la réticence de leur mère à demander de l'aide auprès des professionnels, préférant accéder à l'aide de la famille.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats de cette étude suggèrent que, même si <b>le traitement à domicile peut répondre aux besoins de traitement des patients, les enfants peuvent être exposés à un certain nombre de risques</b>, tels que l'hostilité des parents, la relation pauvre avec le parent, une mauvaise communication et le manque d'accès à un soutien professionnel.</p> <p>Lorsque ces parents sont admis dans un hôpital, les soins et la sécurité de leurs enfants sont susceptibles d'être considérés, en particulier si le patient est un parent seul, ce qui peut impliquer des évaluations par des organismes statutaires, tels que les Services sociaux. <b>Nous suggérons que, lorsque ces patients sont soignés à domicile, l'évaluation des besoins de leurs enfants soit aussi importante pour les patients que pour ceux traités à l'hôpital.</b></p> <p>Cette étude est <b>la première à enquêter sur des expériences de traitement à domicile comme une alternative à l'internement psychiatrique.</b> Nous avons constaté que bien que les mères étaient perspicaces au sujet de leurs difficultés à fournir des solutions satisfaisantes au cours du traitement à domicile, cela n'a pas influencé leur préférence du traitement à domicile par rapport à une hospitalisation.</p> <p>Bien que les mères aient <b>reconnu la nécessité d'un soutien professionnel pour l'enfant, elles étaient réticentes à faire appel à des professionnels</b>, de peur de perdre la garde de l'enfant. Ce résultat est en adéquation avec des résultats antérieurs.</p>

	<p>Les limites de l'étude sont signalées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de participation relativement faible<sup>3</sup></li> <li>- Echantillon d'enfants interviewés petit</li> </ul>
Perspectives	<p>Les chercheurs traitent des conséquences sur la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude s'est portée sur les mères et non sur les pères. Ce dernier groupe peut avoir des expériences et des besoins qui nécessiteraient une nouvelle étude.</li> <li>- Les <b>enfants interrogés ont soulevés d'importants problèmes pas mentionnés par leurs parents</b>, et ce point de vue n'a pas été exploré auparavant dans d'autres études.</li> </ul> <p>Les chercheurs traitent aussi des <b>conséquences sur la pratique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ils suggèrent que, quand les patients sont traités à domicile, une <b>évaluation des besoins de l'enfant est aussi importante que lors d'un traitement à l'hôpital</b></li> <li>- Actuellement, l'obstacle majeur décrit par les parents pour demander de l'aide en période de crise est la <b>peur de la perte de la garde</b>. Les chercheurs proposent un <b>accès facile à d'autres organismes que ceux qui sont législatifs</b>, notamment des professionnels de la santé formés dans l'appui spécialisé des familles, des garderies, des gardes d'enfants à domicile.</li> <li>- Proposition de <b>projets spéciaux pour les aidants naturels jeunes</b> : groupes où les jeunes seraient encouragés à exprimer leurs ressentis et expériences.</li> </ul>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est globalement bien écrit et bien structurée. Elle est bien détaillée pour se prêter à une analyse critique. Un point négatif que je soulève est le suivant : les résultats n'ont pas été mis en lien avec le diagnostic de la mère, ce qui entraverait peut-être les résultats de ma revue de littérature, portée uniquement sur les mères psychotiques.</p>
Evaluation globale	<p>L'étude procure tout de même des résultats probants, susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière. Ces perspectives sont signalées ci-dessus.</p>

## RECHERCHE 8

**Source :** Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., Sutter, A.-L., Thieulin, A.-C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M.-A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P.-Y. & Khoshnook, B. (2011). Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care : factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26, 215-223.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le titre permet de saisir le problème de la recherche, en français, il veut dire : « Soins psychiatriques du post-partum lors d'hospitalisation mère-enfant : facteurs associés à l'amélioration de la santé mentale de la mère. ».
<b>Résumé</b>	Le résumé contient les principales parties de la recherche. Il est structuré en cinq parties distinctes : but, méthode, résultats, discussion, mots-clés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La problématique découle de l'état des connaissances : La psychiatrie périnatale : domaine récent et en développement, visant à traiter les troubles mentaux maternels et promouvoir le développement de l'enfant.
Recension des écrits	Certaines études décrivent l'importance des soins hospitaliers mère-enfant dans une unité conjointe mère-bébé, qui permettrait aux mères de rester avec leurs bébés pendant un traitement psychiatrique et d'éviter ainsi à la fois les effets potentiellement néfastes pour le bébé lors de la séparation de la mère ; et les effets que cette séparation pourrait avoir sur la confiance en soi de la mère. <b>Les unités mère-bébé (MBU) sont recommandées pour les mères ayant des psychoses périnatale au Royaume-Uni</b> , mais en dehors du Royaume-Uni et certaines régions d'Australie, en Europe, au Canada et en Nouvelle-Zélande, ils soulignent, comme Joy & Salan, que ces MBU sont "quasi inexistantes ou très limitées». Ils notent <b>également l'absence de toute explication claire dans la littérature pour ces différences de traitement entre les femmes atteintes de maladie mentale dans le monde entier</b> . Des données sur l'amélioration de la santé mentale des femmes dans les unités de soins peuvent être utiles pour améliorer leur prise en charge.
Objectif de l'étude	Le but de l'étude est <b>d'évaluer les facteurs associés à une amélioration significative chez les mères hospitalisées dans 13 MBU différentes</b> , en étudiant les facteurs de risque préalablement identifiés de manière plus détaillée et en examinant d'autres facteurs potentiellement importants qui n'ont pas été évalués dans la littérature précédente.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est décrit. Il s'agit d'une étude de cohorte (=observation d'un groupe exposé à des facteurs) donc d'un devis quantitatif.

Population et contexte	<p>La description de l'échantillon est suffisamment détaillée :  Il s'agit de toutes les femmes hospitalisées dans 13 MBU appartenant à un réseau français. Les <b>critères d'inclusion</b> sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes hospitalisées dans une des 13 MBU entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 décembre 2007</li> <li>- Hospitalisation conjointe avec un bébé âgé de moins d'un an</li> <li>- Hospitalisation d'un minimum de 5 jours</li> </ul> <p>Les femmes admissibles (N=870) ont été invitées à participer à l'étude.  <b>Les critères d'exclusions</b> étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus de participer de la part de la patiente</li> <li>- Manque d'informations concernant une des variables suivantes : niveau d'éducation, parité, pays de naissance.</li> <li>-</li> </ul> <p>La population totale comptait finalement <b>869 femmes</b>.</p>
Collecte des données et mesures	<p>La taille de l'échantillon est considérable et me paraît adéquate au contexte de recherche.</p> <p>Toutes les analyses ont été réalisées avec SAS version 9.1 (SAS Institute).</p>
	<p>Les variables à mesures sont décrites et opérationnalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>VARIABLE DE RÉSULTAT</b> : statut clinique à la sortie de l'hospitalisation évalué en fonction de <b>l'échelle française de Marcé</b> qui contient 5 points, en adaptant cette échelle, les chercheurs ont pu finalement analyser les résultats avec une variable binaire (amélioration marquée des symptômes ou non)</li> <li>- <b>VARIABLES PRÉDICTIVES</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>maladie mentale de la mère</u>, classée en sept groupes de diagnostics (<b>CIM-10 codes</b>) : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trouble bipolaire et schizoaffectif</li> <li>2. Episode dépressif et trouble dépressif récurrent</li> <li>3. Trouble psychotique aigu et transitoire</li> <li>4. Schizophrénie et autres troubles non-affectifs</li> <li>5. Trouble de la personnalité et du comportement</li> <li>6. Autres troubles de l'humeur persistants, troubles névrotiques et liés au stress, troubles somatoformes, syndrome comportementaux associés à des perturbations physiologiques et facteurs physiques</li> <li>7. Autres troubles</li> </ol> </li> <li>○ <u>24 autres variables prédictives</u> basées sur la littérature et les données disponibles. Ces variables entrent dans les</li> </ul> </li> </ul>



	<p>10 catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques sociales et démographiques de la mère</li> <li>▪ Occupation de la mère, statut professionnel et si elle vit avec un partenaire</li> <li>▪ diagnostic de la maladie mentale de la mère et histoire de la maladie mentale</li> <li>▪ traitement avec des médicaments psychiatriques pendant la grossesse</li> <li>▪ Abus ou placement en famille d'accueil durant l'enfance de la mère</li> <li>▪ Données de la grossesse et la naissance, y compris la parité, complications de la grossesse, l'âge du bébé à l'admission, et si oui ou non le bébé a été transféré dans une unité néonatale de soins intensifs</li> <li>▪ Raison de l'hospitalisation (entrée pour un premier épisode ou récurrente aiguë ou maladie chronique ou évaluation de la compétence de la mère) et statut maternelle juridique à l'admission</li> <li>▪ Histoire de la maladie mentale et situation professionnelle du conjoint ou, s'il n'ya pas de partenaire, père de l'enfant</li> <li>▪ Comportements à risque pendant la grossesse, y compris le tabac, l'alcool et l'utilisation de drogues illicites</li> <li>▪ Type d'unité, y compris la taille de l'unité et le type de service (MBU dirigé par le psychiatre pour adulte ou enfant)</li> </ul>
Déroulement de l'étude	L'autorité française de protection des données (CNIL) a approuvé l'étude. Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les résultats sont les suivants :</p> <p><b>CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION</b> (tableau 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 58% des femmes ont été admises dans les 8 semaines suivant l'accouchement</li> <li>- L'âge moyen des bébés était de <math>9,6 \pm 7,3</math> semaines.</li> <li>- L'âge moyen des mères était de <math>31 \pm 6</math> ans (extrêmes: 15 à 47 ans)</li> <li>- Plus de la moitié des femmes étaient primipares</li> <li>- <b>Deux tiers des femmes vivaient avec un partenaire (39% étaient mariés)</b></li> <li>- 20% ne sont pas nés en France</li> <li>- 14% avaient des antécédents de violence physique ou sexuelle</li> <li>- 24% avait été en famille d'accueil pendant leur enfance</li> </ul> <p><u>Caractéristiques des partenaires</u> ou pères : 49% : aucune maladie mentale connue mais des informations manquantes pour 30% des cas.</p> <p>Les <u>diagnostics</u> principaux étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23.8% : trouble affectif psychotique</li> <li>- 13.3% : schizophrénie et autre trouble psychotique non affectif</li> <li>- 4.7% : épisode psychotique aigu</li> <li>- ...</li> </ul>

Le motif d'hospitalisation pour 33% des femmes (=1/3), avec un P significatif, était le suivant : **épisode psychotique aigu et transitoire**.

Plus de la moitié de toutes les admissions étaient pour une rechute d'un épisode aigu ou une maladie chronique, et un quart étaient pour un premier épisode aigu ou premier diagnostic de la maladie mentale. Dans 18% des cas, les problèmes d'interactions entre la mère (sans diagnostic de maladie mentale) et l'enfant étaient une raison pour l'admission

#### **RÉSULTAT DE LA MALADIE MENTALE DE LA MÈRE**

La maladie mentale s'est nettement améliorée dans 69% des cas. 21% avaient une légère amélioration, 8% pas de changement et pour 2% une détérioration.

#### **FACTEURS PRÉDICTIFS D'AMÉLIORATION ET D'ANALYSE UNIVARIÉE**

81% des femmes ayant une **éducation secondaire supérieur** ont présenté une amélioration marquée des symptômes, comparativement à 53% de celles ayant une éducation primaire ou moins ( $p < 0,0001$ )

84% des femmes **qui avaient un emploi ou qui étaient en formation** se sont nettement améliorée comparativement à 47% de ceux qui ont reçu une rémunération d'invalidité et 54% de ceux recevant une allocation de l'Etat.

Les femmes ayant reçu un diagnostic **d'un trouble de l'humeur** (épisode dépressif ou d'un épisode dépressif récurrent ou trouble bipolaire) ou avec un **trouble psychotique aiguë transitoire avaient la plus forte probabilité d'amélioration** (87% et 85%) et celles ayant un trouble de la personnalité et du comportement avaient la plus faible probabilité d'amélioration (40%). Chez les femmes souffrant de **schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques non affectifs**, **47%** se sont nettement **améliorées**.

#### **ANALYSES MULTIVARIÉES DES FACTEURS DE PRÉDICTION POUR L'AMÉLIORATION**

Le tableau 2 montre les résultats des analyses multivariées visant à estimer les effets indépendants associés à chaque variable explicative. **Les facteurs les plus importants** indépendamment associés à la nette amélioration étaient le **diagnostic spécifique, le motif d'admission, et de l'occupation de la mère**.

Les femmes ayant un **diagnostic de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques** non affectifs étaient de **2,5 fois moins susceptibles** (OR ajusté = 0,27, IC à 95%, de 0.12 à 0.61) d'avoir une amélioration nette par rapport à celles ayant un diagnostic d'épisode dépressif ou d'un épisode dépressif récurrent.

Le fait que **le père ou partenaire n'ait pas de trouble psychiatrique semble être un facteur d'amélioration (78.2%)**. Cependant, les femmes dont le partenaire a un diagnostic de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, ont le taux le plus bas de facteur d'amélioration (42,9%).

Les autres facteurs inclus (voir tableau 2) n'étaient pas significativement associés à la probabilité d'une amélioration marquée de la symptomatologie de la maladie mentale de la mère.

Présentation des résultats	Les résultats sont présentés de manière extrêmement claire. Deux tableaux explicites exposent la totalité des résultats. Les résultats significatifs sont relevés dans les différents paragraphes du chapitre.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cette étude de cohorte montre que ¼ des femmes ont été admises pour un premier épisode aigu très peu de temps après l'accouchement, et que les deux tiers se sont améliorées de façon significative à la sortie.</p> <p>Les résultats montrent également que les troubles bipolaires, la rechute d'un épisode précédent ou un premier épisode aigu sont des facteurs indépendants, liés à une amélioration sensible de la santé mentale lors de la sortie.</p> <p>Cependant, un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de la personnalité est un facteur de risque indépendant pour un résultat clinique médiocre. Ces résultats sont compatibles avec les précédents. Ils soulignent la nécessité d'anticiper pour ces patientes à risque, et de commencer une prise en charge appropriée et précoce.</p> <p>La rechute d'un épisode aigu et un premier épisode aigu sont des facteurs indépendants associés à l'amélioration de la mère. Ces résultats, liés à des facteurs non évalués antérieurement dans la littérature sur les MBU, peut s'expliquer par le risque élevé au cours de la période post-partum de développer un épisode aigu qui, si il est traité, ont des résultats relativement bons, contrairement aux mères atteintes de maladie mentale chronique, qui tendent à avoir de moins bons résultats. Ces maladies chroniques peuvent avoir les plus pauvres pronostics surtout pendant la <b>période post-partum lorsque la garde d'enfants est exigeante et stressante</b>. Ce résultat souligne également la <b>nécessité pour les professionnels d'informer leurs patients et leurs familles sur les risques associés à la grossesse pour les femmes souffrant de troubles chroniques</b>.</p> <p>Par rapport aux résultats concernant les variables sociales et démographiques, seul l'activité professionnelle ou la formation continue était un facteur indépendant lié à des résultats cliniques, tout en ne travaillant pas à domicile ou de recevoir des prestations d'invalidité ou de chômage. <b>Ces résultats suggèrent que l'intégration sociale de la mère peut être pertinente pour les soins cliniques. Le manque d'intégration sociale ou professionnelle peut être soit une conséquence de la maladie mentale ou un facteur de risque de difficulté d'amélioration.</b></p> <p><b>Prendre cette dimension sociale en compte lors de l'admission</b> est essentiel, pour la gestion des soins de santé de la mère, et parce que l'intégration sociale et communautaire jouer un rôle crucial dans le développement socio-affectif de l'enfant.</p> <p>Enfin, l'impact des caractéristiques du partenaire sur le cours de la maladie psychiatrique d'une femme est très pertinent. Par exemple, les femmes souffrant de <b>schizophrénie étaient plus susceptibles de ne pas avoir de partenaire</b>, et quand elles étaient en couple, celui-ci était plus susceptible d'avoir une maladie psychiatrique. Ces résultats sont importants parce que la santé mentale du partenaire est importante au-delà du contexte des MBU: elle influe sur la qualité des relations familiales et contribue à la dépression ou les troubles du comportement chez les enfants, indépendamment de la santé mentale de la mère.</p> <p>Les limites de l'étude sont expliquées par les chercheurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de variable choisi dans le modèle (25) était dans les nombres recommandés pour les analyses multivariées. Ici les variables qui avaient tendance à être fortement corrélées (ex : raison d'admission et diagnostic) et la précision des estimations ont pu être limitées.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Même si l'évaluation de l'amélioration de la mère a été faite avec un questionnaire standardisé, cette amélioration a été évaluée par le fournisseur de soins en charge du traitement, ce qui est une limitation potentielle.</li> </ul>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs traitent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique (voir dans la discussion) et sur les futurs travaux de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il serait intéressant d'examiner la mesure dans laquelle des facteurs prédictifs différents pourraient avoir un effet différent pour les mères avec des diagnostics différents. Pour de telles analyses, il faudrait davantage de femmes dans chaque catégorie de diagnostics.</li> <li>- les études futures devraient comparer les résultats des femmes et des enfants en bas âge pris en charge dans MBU par rapport ceux gérés dans d'autres contextes, afin de proposer des stratégies alternatives de soins cliniques</li> </ul>
<b>Questions générales</b>	L'étude est bien détaillée pour une analyse critique. L'échantillon est considérable et l'étude menée en Europe (France) durant une période relativement longue. Cette étude me paraît extrêmement bonne et va probablement permettre à d'autres chercheurs de mener de nouvelles études.
Présentation	
Evaluation globale	

## RECHERCHE 9

**Source :** Mack, K, Snellen, M. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (6), 902-911.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le titre en français est le suivant : Schizophrénie, état mental et interaction mère-enfant : examen de la relation. Il permet de saisir le sujet de la recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise clairement la recherche. Il est composé en 5 parties : objectif, méthode, résultats, conclusions et mots-clés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème est clairement défini : Les recherches sur les effets de la maladie mentale survenant au cours de la période post-partum émettent de plus en plus l'hypothèse d'une perspective dyadique où l'enfant et sa mère souffrante sont au centre des recherches. Il est maintenant reconnu que la maladie mentale de la mère peut avoir un certain nombre d'effets potentiellement délétères sur le développement du nourrisson.
Recension des écrits	La recension des écrits résume les connaissances sur le problème étudié. La particularité de cette étude menée en 1999 est que les chercheurs n'ont pu trouver de littérature directement liées aux interactions mère-enfant durant la période post-partum, chez une mère schizophrène. Plusieurs recherches ont été trouvées sur ce sujet, mais pour des mères dépressives. Ils émettent donc des hypothèses et tentent de faire des liens entre ces études et le sujet étudié.
Hypothèse et objectif	Cette étude vise à <b>étudier l'influence que la maladie schizophrénique peut avoir sur les interactions mère-enfant</b> . Les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie peuvent potentiellement perturber la qualité de ces interactions. Les <b>hypothèses</b> menant à cet objectif sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sévérité de la psychopathologie chez les mères atteintes d'une maladie schizophrénique en post-partum a une corrélation négative avec la qualité des interactions mère-enfant</li> <li>- Un changement dans la gravité de la psychopathologie chez les mères atteintes d'une maladie schizophrénique du post-partum a une corrélation avec un changement dans la qualité des interactions mère-enfant.</li> </ul> Comme dit plus haut, peu de recherches existent sur ce thème précis. La question de recherche découle donc directement de l'état de connaissances, des hypothèses et de l'identification des manques.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est décrit. Il s'agit d'un devis quantitatif corrélationnel descriptif. En effet, l'étude explore les relations entre deux variables.
Population	L'échantillon comprenait des femmes souffrant d'une maladie schizophrénique durant leur première année post-partum

et contexte	<p>ainsi que leurs enfants qui avaient été hospitalisés dans l'unité mère-enfant du Centre Médical d'Austin.</p> <p>Les <b>critères d'inclusion</b> étaient les suivants : diagnostic de schizophrénie trouble schizophrénique ou trouble psychotique bref, maîtrise suffisante de l'anglais, nourrisson âgé de moins d'un an.</p> <p>Les <b>critères d'exclusion</b> étaient les suivants : diagnostic de trouble schizoaffectif ou d'une comorbidité affective ou d'un trouble de toxicomanie.</p> <p>Le <b>comité d'éthique</b> a approuvé et accordé l'étude, et le consentement éclairé a été obtenu de la part de tous les participants.</p> <p>La population étudiée se composait de <b>3 types de mères</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celles ayant une maladie schizophrénique d'origine post-partum</li> <li>- Celles ayant une maladie schizophrénique préexistante qui rechute en post-partum</li> <li>- Celles ayant une maladie schizophrénique chronique qui se complique durant la période post-partum</li> </ul> <p>Sur les 18 dyades mère-enfant éligibles pour l'étude, 3 ont été exclues : deux n'étaient pas disposées à donner leur consentement éclairées et une ne parlait pas anglais. Un total de <b>15 dyades</b> a donc participé à l'étude.</p> <p>La taille de l'échantillon me semble adéquate par rapport au contexte de recherche.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les instruments de collecte de données sont décrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'échelle des syndromes positifs et négatifs</b> (=The Positive and Negative Syndrome Scale = PANSS) : 7 points classés en 30 signes et symptômes pour lesquels le niveau de sévérité est défini.</li> <li>- <b>L'Échelle du comportement de l'enfant/soignant</b> (=The Infant/Caregiver Behavioral Scale) : 18 mesures de comportements dans lesquelles sont compris 7 points concernant la mère, 8 concernant l'enfant. Chaque mesure est évaluée sur une échelle de 0 à 2 après une observation de 3 minutes des comportements de la mère et de l'enfant.</li> <li>- <b>L'échelle de l'interaction mère-enfant de Bethlem</b> (=The Bethlem Mother-Infant Interaction Scale) : il s'agit d'une échelle infirmière classée en 7 variables.</li> </ul> <p>Les <b>variables</b> à mesurer sont décrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état de santé mental des femmes schizophrènes dans la période post-partum</li> <li>- La qualité des interactions mère-enfant</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sujets ont été évalués à deux reprises : durant la première semaine d'hospitalisation et une fois que la décision a été prise que la dyade mère-enfant était prête à quitter l'hôpital.</li> <li>- Le PANSS a été administré après un entretien semi-structuré</li> <li>- L'échelle du comportement de l'enfant/soignant a été achevée pendant l'observation d'une session de jeu non structurée</li> <li>- L'échelle de Bethlem a été évaluée par une infirmière en psychiatrie expérimentée</li> <li>- Les points suivants ont aussi été enregistrés : le diagnostic psychiatrique, l'âge de la mère, l'âge et le sexe du</li> </ul>

	nourrisson, le statut matrimonial de la mère, le temps d'apparition des symptômes, l'existence d'une rechute préexistante de la maladie, l'état de santé physique du nourrisson, la méthode d'alimentation, le statut d'admission (vol/invol), si la dyade est restée ensemble après la sortie et l'implication des services de protection de l'enfance.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Pour répondre aux deux hypothèses citées ci-dessus, des analyses statistiques non paramétriques ont été utilisées. Cette méthode non paramétrique a été utilisée car la taille de l'échantillon a empêché l'hypothèse d'une distribution normale. Les échelles ont été examinées en utilisant le test de Wilcoxon pour établir s'il y avait un changement statistiquement significatif entre l'admission et la sortie de l'hôpital. Les coefficients de corrélation de rang de Spearman ont été calculés afin de déterminer l'association entre ces variables entre l'admission et la sortie de l'hôpital.
Présentation des résultats	<p><b><u>1. Description de l'échantillon</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 dyades ont été examinées</li> <li>- A l'admission, l'âge moyen de la mère était de 28,6 ans (21- à 39 ans)</li> <li>- L'âge moyen du nourrisson (= nombre de semaines post-partum) lors de l'admission était de 16,9 semaines (1 à 44 semaines)</li> <li>- 47% étaient mariées ou impliquées dans une relation</li> <li>- 80% des grossesses étaient non-planifiées</li> <li>- 33% des mères allaitaient au moment de l'admission</li> <li>- Les services de protection de l'enfance ont été impliqués dans 40% des cas</li> <li>- 13% des mères (N=2) sont sorties de l'hôpital sans leur enfant</li> <li>- Type de trouble : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Quatre mères subissaient leur premier épisode de psychose (une avec un trouble psychotique bref et trois avec un trouble schizophréniforme)</li> <li>o Trois ont connu une rechute post-partum de la schizophrénie</li> <li>o Huit souffrait de schizophrénie chronique</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>2. Symptomatologie et gravité de la maladie</u></b></p> <p>L'examen des scores PANSS a révélé que les mères étaient hétérogènes en termes de nature et de gravité des symptômes. Les deux mères dont les symptômes se sont détériorés ont vu leur enfant placé en famille d'accueil. L'examen entre les différences dans le score PANSS entre l'admission et la sortie a révélé une amélioration statistiquement significative des scores positifs et du syndrome général de la psychopathologie, du désordre de la pensée et des scores des facteurs d'activation. Aucun changement significatif n'est apparu dans le syndrome négatif.</p>

	<p><b><u>3. Interaction mère-enfant</u></b></p> <p>On a pu observer une grande variation entre les scores sur les deux échelles pour les variables d'interaction lors de l'admission. Il y avait une réduction marquée de cette variabilité à la sortie, où l'échantillon était plus homogène. Les examens de la différence entre l'admission et la décharge pour les variables d'interaction mère-nourrisson ont révélé une amélioration statistiquement significative pour toutes les variables de l'échelle de Bethlem. Cependant, dans l'échelle de comportement des enfants/soignants, seules trois variables de l'enfant ont montré une amélioration statistiquement significative. Il s'agit des suivantes : sourire, vigilance et attention, variable dyadique mutuelle. Toutes les mères (N=13) sauf celles ayant vu leur état mental se détérioré (N=2) ont montré une amélioration statistiquement significative pour les autres variables d'interaction mère-enfant.</p> <p><b><u>4. Relation entre la sévérité des symptômes et le changement de la qualité de l'interaction</u></b></p> <p>Les données présentées ci-dessous sont toutes statistiquement significatives. A l'admission, plus la perturbation de l'état mental de la mère (en terme de symptômes positifs et de la psychopathologie en général), plus il est probable que le score mesurant la qualité de l'interaction soit mauvais. A la sortie, un modèle corrélationnel différent a émergé. Plus les symptômes négatifs étaient éminents, plus la probabilité était grande que les scores mesurant la qualité de l'interaction soient mauvais.</p> <p><b><u>5. Relation entre la variation de la gravité des symptômes et le changement de la qualité de l'interaction mère-enfant</u></b></p> <p>Une amélioration de la qualité de la contribution de la mère et de la dyade à l'interaction était susceptible d'être associée à une amélioration de l'état mental de la mère. Une amélioration de la qualité de l'interaction mère-enfant était plus susceptible d'être associée à une amélioration des troubles de la pensée, des facteurs paranoïaques, plutôt qu'à un changement dans le syndrome négatif et les scores de facteurs de dépression. (cf. tableaux 1 et 2)</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Il n'est pas surprenant de constater que durant l'hospitalisation, il y a une baisse significative des symptômes positifs de la mère, et des changements minimes dans les symptômes négatifs. Il a été surprenant de constater que la majorité des mères ont conservé la garde de leur enfant après la sortie. Ce résultat est en contraste de façon significative avec les résultats d'une précédente étude qui a constaté que 50% des mères souffrant de schizophrénie sont sorties de l'hôpital sans leur enfant. Ce constat est encourageant et il <b>souligne la nécessité des unités mère-bébé.</b></p> <p><b>L'hypothèse</b> disant que la sévérité de la psychopathologie chez les mères atteintes d'une maladie schizophrénique en post-partum a une corrélation négative avec la qualité des interactions mère-enfant <b>a été affirmée</b> par les résultats de cette étude. Ce qui est le plus intéressant, ce sont les différents modèles de corrélation trouvés lors de l'admission et de</p>



	<p>la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lors de l'admission les mères ayant les plus grands symptômes positifs avaient les pires interactions avec leur enfant (indisponibilité maternelle (non réponse), sous-stimulation, inattention, expression limitée de l'affect positif).</li> <li>- A la sortie, les mères les mères ayant le plus de symptômes déficitaires dominants (en particulier les aspects anergiques (anergie=manque d'énergie, d'initiative) avaient les pires interactions avec leur enfant (inattentives, non-réponse, sous-stimulantes, désorganisées). Bien que les expressions affectives positives fussent plus susceptibles de faire défaut, l'hostilité était plus susceptible d'être présente si la mère avait des symptômes positifs persistants.</li> </ul> <p>Les chercheurs font l'hypothèse que la mère psychotique floride peut ne pas être appropriée à la disposition de son enfant. De plus, on peut aussi faire l'hypothèse que les symptômes négatifs nuisent à la capacité relationnelle d'une mère en limitant sa motivation et sa capacité à participer et à éprouver du plaisir.</p> <p>Les résultats des variables mesurant la contribution infantile à l'interaction mère-enfant peuvent soutenir l'idée que les nourrissons sont capables d'accueillir la maladie schizophrénique maternelle sans aucun effet délétère initial. Bien que le comportement de l'enfant puisse paraître adapté dans un contexte donné, il peut être inadapté dans son développement et dans d'autres contextes.</p> <p>L'étude a démontré que l'amélioration de la symptomatologie psychotique maternelle a été associée à une amélioration de la qualité de l'interaction mère-enfant. Cependant, les résultats soulignent la nécessité d'une intervention en cours après la sortie de l'hôpital.</p> <p>La généralisation des conclusions est citée dans le point des conséquences pour la pratique et la recherche.</p> <p>Les limites identifiées par les chercheurs sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taille réduite de l'échantillon</li> <li>- Grand nombre de variables mesurées</li> <li>- Biais de sélection : seuls les dyades mère-enfant admises dans une unité mère-enfant ont été étudiées</li> <li>- Ont été exclues les extrêmes (= les mères suffisamment bien pour être gérées en ambulatoire et les mères trop perturbées pour être gérées dans un pavillon ouvert)</li> <li>- L'étude n'avait pas un groupe de contrôle</li> <li>- Le degré de subjectivité nécessaire pour compléter les échelles d'évaluation d'interaction mère-enfant est un biais potentiel de l'observateur</li> <li>- Le PANSS est simple à utiliser mais son utilisation n'a pas été validée dans les populations post-partum</li> </ul>
Perspectives futures	<p><b><u>Conséquence sur la pratique :</u></b></p> <p>Ce que cette étude est en mesure <b>d'ajouter aux précédentes recherches</b> est la démonstration d'une <b>association entre la sévérité de la perturbation de l'état mental et le degré de dégradation de la qualité des interactions mère-nourrissons</b>. Il est intéressant de noter que les plus fortes corrélations entre la perturbation de l'interaction mère-enfant</p>

	<p>et de la symptomatologie schizophrénique étaient avec des troubles de la pensée lors de l'admission et avec l'anergie lors de la sortie.</p> <p>L'hypothèse est émise que l'influence des symptômes négatifs sur la qualité de l'interaction mère-enfant est cachée par la présence de symptômes positifs. Il est alors proposé de réévaluer la persistance des deux types de symptômes à la sortie.</p> <p>Tout d'abord, la <b>PRÉVENTION PRIMAIRE</b> doit être une priorité étant donné que de nombreuses femmes atteintes de schizophrénie ne planifient pas leurs grossesses. Les questions de contraception et de planification familiale doivent être abordées avec les femmes atteintes de schizophrénie et en âge de procréer. Deuxièmement, l'évaluation de l'état mental et le fonctionnement psychosocial d'une mère atteinte de schizophrénie devraient toujours inclure une <b>ÉVALUATION CONJOINTE DE LA MÈRE ET DU NOURRISSON, EN PARTICULIER LA NATURE ET LA QUALITÉ DE LEURS INTERACTIONS, À LA FOIS À L'ADMISSION ET DE SORTIE DE L'HÔPITAL</b>. Troisièmement, le plus grand effort doit être orienté vers la <b>DÉTECTION PRÉCOCE</b> de ces mères atteintes de schizophrénie qui sont susceptibles d'avoir des interactions les plus perturbées avec leurs nourrissons (c'est à dire celles ayant des symptômes positifs florides et celles qui ont des symptômes déficitaires dominants). Enfin, cette recherche met en évidence la <b>NÉCESSITÉ D'UNE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE DURANT L'HOSPITALISATION ET APRÈS LA SORTIE</b>, qui mettrait l'accent non seulement sur la mère, mais aussi de la dyade mère-enfant.</p> <p>Dans notre expérience, les services familiaux et d'autres programmes de sensibilisation parentale précoce qui pourraient aider ces mères et les nourrissons existent rarement sous une forme intégrée avec les services psychiatriques, et les liens entre services distincts sont peu développés. <b>Le développement de ces services intégrés est particulièrement pertinent.</b></p> <p><b><u>Conséquences sur la recherche :</u></b></p> <p>En résumé, les mères avec des symptômes psychotiques florides et des symptômes négatifs de schizophrénie et leurs nourrissons ont été identifiés comme étant particulièrement à risque d'afficher une interaction perturbée. La contribution négative des symptômes négatifs est souvent pas évident qu'après les symptômes psychotiques ont résolu. Étant donné que les symptômes négatifs sont résistants au traitement, des soins optimaux clinique de mères atteintes de schizophrénie et leurs nourrissons doit impliquer une intervention thérapeutique en cours qui traite spécifiquement des troubles de l'interaction mère-enfant. <b>Des recherches complémentaires</b> sont nécessaires pour identifier les interventions qui sont susceptibles d'être des plus bénéfiques</p>
<b>Questions générales</b>	
Présentation	L'article est bien écrit et bien structuré. Il est extrêmement bien détaillé pour se prêter à une analyse critique. A noter que les chercheurs ont excellemment identifié les limites de leur recherche.
Evaluation globale	L'étude procure des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière (entre autre, l'utilisation d'échelle d'évaluation de l'interaction mère-enfant).

## RECHERCHE 10

**Source :** Abel, K.M., Moulton, S. & Wan, M.W. (2007). The service needs of mothers with schizophrenia : a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry*, (30), 177-184).

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	Le besoins en services des mères atteintes de schizophrénie : une étude qualitative de la parentalité chez les travailleurs psychiatriques et prénataux
<b>Résumé</b>	Le résumé synthétise de manière claire et structurée l'ensemble de la recherche.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème est bien explicité : les chercheurs projettent d'élaborer un « BABIES Project », un programme d'intervention parentale adapté pour les mères souffrant de schizophrénie.
Recension des écrits	<p>L'état des connaissances est élaboré dans l'introduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maternité décrite comme une expérience enrichissante</li> <li>- Gérer les exigences parentales tout en gérant la maladie mentale peut être difficile</li> <li>- Des études suggèrent que les mères schizophrènes sont plus vulnérables à de s difficultés parentales, et à des difficultés à interagir avec leur enfant, entraînant alors un risque pour l'enfant de développer un attachement insécure</li> <li>- Le maintien de la garde par la mère dépend en grande partie de la qualité du soutien apporté par son partenaire, de la présence de supports fréquents et multiples. Ces mères sont tout de même plus susceptibles de vivre dans des conditions sociales appauvries</li> <li>- Beaucoup de femmes avec maladies mentales rapportent être insatisfaites des soins de santé mentale qu'elles reçoivent</li> </ul>
Question de recherche	<p>La question de recherche est formulée sous formes de buts ; elle découle directement de l'état des connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer les perspectives des travailleurs hospitaliers sur les besoins des mères atteintes de schizophrénie</li> <li>- Evaluer la faisabilité et l'efficacité potentielle du programme d'intervention (« BABIES Project ») proposé pour les mères souffrant de schizophrénie</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>Le <u>devis de recherche</u> est décrit, il s'agit d'une étude qualitative.</p> <p>Pour <u>recueillir</u> les données, les chercheurs ont mené des entretiens semi-structurés, enregistrés sur bande sonore entre novembre 2006 et mars 2007.</p>

Population et contexte	La description du cadre et de l'échantillon est détaillée : l'étude a été menée auprès de travailleurs de la santé employés par le National Health Service, à trois endroits dans le nord-ouest de l'Angleterre à Manchester (MBU ; clinique prénatale) et Liverpool (consultations prénatales). Un total de <b>28 travailleurs</b> a été interviewé. Il s'agissait de <b>7 infirmières en psychiatrie, 15 sage-femme</b> , 3 puéricultrices, 1 gestionnaire prénatal, 1 obstétricien, 1 chef de service en psychiatrie.
	<p>Les sujets abordés lors de l'entretien ont été mis en place pour couvrir tous les aspects des objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Support et services pour les mères schizophrènes</li> <li>- Les besoins de service et de support des mères schizophrènes et de leurs enfants</li> <li>- Raisons qui sous-tendent un manque de soutien post-natal</li> <li>- Recommandations pour améliorer les services et le soutien</li> <li>- Avis sur la faisabilité et l'efficacité du programme d'éducation parentale prévu, et sur d'autres méthodes d'interventions et caractéristiques</li> </ul>
Collecte des données et mesures	L' <u>analyse</u> des données a été faite par l'intervieweur en utilisant une analyse thématique (= technique qualitative de plus en plus utilisée en médecine pour avoir un aperçu de divers points de vue). Un cadre de codage a ensuite été élaboré pour chacun des principaux sujets abordés.
	Il existe une adéquation totale entre le phénomène étudié (besoins des mères schizophrènes, selon les professionnels), la question de recherche et les instruments de collecte de données (entretien semi-structuré).
Déroulement de l'étude	Après obtention d'un consentement éclairé, les interviews ont été menées sur le lieu de travail de la personne. L'étude a été approuvée par les comités locaux d'éthiques de la recherche.
Rigueur	Les chercheurs ont suffisamment étayé le déroulement de l'étude pour que leurs conclusions soient crédibles et transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p><b><i>Soutien actuel</i></b></p> <p>21/28 femmes ont donné à un moment des conseils ou un soutien aux patientes atteintes de schizophrénie sur plusieurs thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation appropriée (n=14)</li> <li>- Conseils pratiques sur les soins au nourrisson (n=12)</li> <li>- Obtenir des informations sur la planification après l'accouchement (n=8)</li> <li>- Éducation sur leur maladie mentale (n= 7)</li> <li>- Amélioration de la sensibilité maternelle (n=7)</li> <li>- Réconfort (n=5)</li> </ul> <p>13 participants pensent que les femmes souffrant de schizophrénie ont reçu un soutien insuffisant dans la période post-partum, y compris unités mère-bébé. 7 répondants ont estimé que l'ignorance et la stigmatisation sociale étaient</p>

responsables de ce soutien insuffisant, lui-même lié à **un manque de formation en santé mentale et sur les stigmatisations sociales attachées à la schizophrénie et la maternité.**

### ***Besoins de soutien et recommandations***

Cinq thèmes de besoins sont ressortis (table 2) :

- Soutien pour l'adaptation (coping) et l'ajustement (N=24): soutien parental, soutien à la maison, conseils pour s'adapter (coping), ...
- Formation des parents dans les compétences pratiques (compétences parentales, jeux, sécurité) N=13
- **Maintien de la stabilisation de la maladie mentale** (N=8) : médication, surveillance étroite afin de prévenir une rechute, stress parental, évaluation clinique
- **Continuité des soins et soutien de la communauté** (N=8) : mise en réseau au sein des services de santé, groupes de parents, supports sociaux et financiers
- **Encouragement à la création du lien** : temps avec l'enfant, apprentissage des besoins de l'enfant

### ***Un programme d'éducation parentale proposé : the BABIES Project***

Le programme d'éducation parentale a été expliqué aux travailleurs à la fin de l'entrevue. 26/28 ont indiqué que, à leur avis, le programme serait efficace pour les mères souffrant de schizophrénie.

Les travailleurs interrogés ont identifié le fait que la longueur du programme était trop courte et que celui-ci commençait trop longtemps après l'accouchement.

Il leur a ensuite été demandé d'évaluer diverses méthodes (sur une échelle de 4 points). Les méthodes suivantes ont été évaluées utiles ou très utiles : **conseils pratiques sur la garde des enfants** (26), vidéo rétroactive pour améliorer la qualité de l'interaction mère-enfant (26) et l'entraînement cognitif pour améliorer les émotions au niveau du faciès (24). Les aspects suivants seraient, selon les personnes interrogées, **trop difficile pour les mères souffrant de schizophrénie : discussions sur l'attachement des mères avec leurs propres parents (22), des séances d'une durée de 1h15 (21), tenir un journal du bébé pour encourager la réflexion** (18)

Les personnes interrogées sur d'autres méthodes pour soutenir les mères schizophrènes soulignent la nécessité d'un soutien et de ressources pour aider les mères à s'adapter à la parentalité dans la communauté, tels que **des groupes de parents, des visites à domicile et la participation de la famille.**

### ***Thèmes généraux***

Deux thèmes étaient récurrents. Tout d'abord, les travailleurs ont souligné la **nécessité d'intégrer les services dans la continuité des soins**. En effet, les travailleurs prénatal ont tendances à savoir peu de choses sur les services postnatal, et aucun des deux groupes avaient une connaissance suffisante des services communautaires locaux, ou d'un mécanisme efficace pour le travail en partenariat.

Un second thème récurrent était une **ignorance perçue et une stigmatisation sociale attachée à la maladie mentale**

	<p><b>dans la société, qui a été étendue aux travailleurs de la santé</b> → certains ont estimé que cela mène parfois à des idées préconçues négatives chez les travailleurs concernant les capacités des mères atteintes de maladies mentale grave à être de bonnes mères. Certains répondants ont souligné la nécessité d'une meilleure éducation au sein des services, en particulier pour les sages-femmes.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés de manière claire et structurée. Ils sont étayés par des tableaux.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Globalement, les répondants de cette étude tendent à exprimer un manque de soutien suffisant et de services appropriés pour ce groupe très vulnérable, et un manque de formation en santé mentale ou de connaissance sur les services locaux pertinents.</p> <p>Les deux grands thèmes qui ont émergé sont compatibles avec les expériences des mères atteintes de maladie mentale grave. Des études anglaises et australiennes témoignent un manque de continuité des services, même si ces études ne se concentrent pas sur la période périnatale.</p> <p>Dans cette étude, les travailleurs ont reconnu que <b>le manque de continuité des soins était un obstacle majeur à l'appui de ce groupe dans leur transition vers la maternité.</b></p> <p>La <b>stigmatisation</b> attachée aux maladies mentales et à la schizophrénie en particulier, dans la société et chez les travailleurs de la santé, <b>augmente l'impacte sur la santé mentale des mères et augmente le stress en générale, et aurait un impact sur la qualité des soins prénatals</b> que les mères reçoivent. Ce résultat est cohérent avec ceux d'autres études.</p> <p>Quasiment tout l'échantillon a identifié la nécessité de soutenir les mères à faire face et à s'adapter à la parentalité, et à réduire leur anxiété. Aucun des travailleurs n'a abordé le sujet de la garde de l'enfant, sujet très important dans le discours des mères dans diverses études.</p> <p>The BABIES Project a été bien accueilli malgré que quelques préoccupations soient apparues. Les résultats suggèrent qu'une telle intervention doit être intégrée au sien des services existants. A noter que les points de vue des travailleurs des MBU peuvent être faussés par le fait qu'ils n'ont des contacts qu'avec les mères les plus vulnérables. Ceux-ci avaient tendance à être plus négatifs sur l'efficacité d'une intervention chez ces femmes.</p> <p>En conclusion, l'étude souligne la nécessité d'éduquer les travailleurs anténatals et postnatals en matière de santé mentale, de sorte que les travailleurs comprennent les besoins parentaux et de l'enfant dans le contexte de la santé mentale des femmes.</p> <p>Les limites sont décrites précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les travailleurs ont été sollicités sur leur lieu de travail mais certains étaient « impossible à obtenir », notamment les professionnels supérieurs.</li> <li>- L'échantillon se composait essentiellement de sage-femme dont la tâche est très spécifique.</li> <li>- Les patients peuvent avoir des visions contrastées des propos des travailleurs au sujet de leur besoins de soutien et, par conséquent, une image plus complète pourrait être acquise en interrogeant les patients eux-mêmes.</li> </ul>

Perspectives	Les chercheurs expliquent qu'il s'agit de la première étude sur les besoins des mères schizophrènes du point de vue des professionnels de la santé impliqués dans les soins périnataux. Il est cependant proposé de faire une étude en interrogeant les mères sur les propres besoins afin d'avoir une image plus complète.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien écrit et bien structuré. Il est suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	<p>L'étude procure des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière, notamment divers besoins des mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien de la stabilisation de la maladie mentale</li> <li>- Continuité des soins et soutien de la communauté : mise en réseau au sein des services de santé, groupes de parents, supports sociaux et financiers</li> <li>- Encouragement à la création du lien : temps avec l'enfant, apprentissage des besoins de l'enfant</li> <li>- Travail au sein des institutions sur les stigmatisations sociales liées à la maladie mentale dans la société, stigmatisation qui se serait étendue jusqu'aux professionnels de la santé</li> <li>- Conseils pratiques sur la garde des enfants</li> </ul>

## RECHERCHE 11

**Source :** Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 472-482.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	« The views and experiences of severely mentally ill mothers »
<b>Résumé</b>	Le résumé est structuré en lien avec la recherche (background, méthodes, results, conclusion). Il permet de saisir le problème de recherche.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	En Angleterre, 50% des femmes ayant une schizophrénie et hospitalisée dans une unité mère-bébé sont retournées à domicile sans leur enfant (2003). Les besoins de ces femmes ont reçus très peu d'attention dans les recherches.
Recension des écrits	L'état des connaissances est complet et précis, argumenté par diverses études sur le sujet, ces études sont parfois comparées entre elles.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme de but : Le but de cette étude est de contribuer à une base de données concernant les expériences des mères malades mentales et leurs points de vue des services qu'elles reçoivent. La question de recherche découle directement de l'état des connaissances (Les besoins de ces femmes ont reçus très peu d'attention dans les recherches).
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Une méthodologie qualitative par entretiens a été choisie de manière à permettre l'exploration en profondeur de la gamme complète des points de vue et expériences des femmes.
Population et contexte	La description du cadre de l'échantillon est détaillée. Il s'agit de 22 femmes entrant dans les critères d'inclusion. Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un diagnostic clinique de schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble affectif bipolaire ou dépression avec symptômes psychotiques.</li> <li>- Have au moins un enfant de moins de 16 ans</li> <li>- Avoir été en contact avec des spécialistes de la santé mentale durant les 6 derniers mois</li> <li>- Être en mesure de donner son consentement</li> <li>- Être à même de participer à une interview en anglais</li> <li>-</li> </ul>
Collecte des données et mesures	Les données ont été recueillies à l'aide d'un entretien semi-structuré: il était demandé à chaque participant une série de questions prédéterminées invitant les réponses ouvertes. L'intervieweur a ensuite utilisé des questions supplémentaires pour encourager les participants à expliquer et préciser leurs réponses à ces questions initiales. Les questions



	<p>tendancieuses ont été évitées. Le guide d'entretien a été finalisé après trois entrevues pilotes. Les principaux thèmes abordés dans l'interview étaient les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les aspects positifs et négatifs de l'expérience de la maternité</li> <li>- Si les problèmes de santé mentale rendent plus difficiles les pratiques parentales, si oui, de quelles façons</li> <li>- Les types de soins reçus actuellement par les services de santé mentale</li> <li>- La mesure dans laquelle les participants ont estimé les services répondant à leurs besoins et la nature de tout les besoins non satisfaits</li> <li>- Si les femmes pensent que les services de santé mentale ont pris en compte le fait qu'elles étaient des mères</li> <li>- Les façons dont les enfants ayant rendu difficile la possibilité d'adhérer au traitement et à faire pleinement usage des services de santé mentale</li> <li>- Les expériences et les points de vue concernant les réponses des services à des moments où les participants avaient trouvé difficile de s'occuper de leurs enfants</li> <li>- Visions de l'aide fournie aux femmes qui ont perdu la garde de leurs enfants</li> <li>- Propositions d'amélioration de la manière dont les services pour les mères souffrant de troubles mentaux agissent</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite :</p> <p>Les participants ont été recrutés par des professionnels de la santé mentale qui sont sur le terrain (infirmières psychiatriques communautaires, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes qui agissent en tant que gestionnaires de cas). Ils ont donc identifié les femmes qui réunissaient les critères de l'étude.</p> <p>Ils ont ensuite fait l'approche initiale aux participants potentiels, ont demandé la permission pour le chercheur de les contacter et pour discuter de l'étude. Le chercheur contactait alors ceux qui avaient accepté et ont cherché un consentement éclairé écrit pour leur participation dans une interview enregistrée. Dix livres (14,3 euros) a été versée à tous les participants comme un gage d'appréciation pour leur temps et la volonté de contribuer à cette recherche.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche locale.</p>
Rigueur	<p>Le déroulement de l'étude est suffisamment étayé pour que les conclusions soient crédibles et transférables. L'échantillon pourrait être vu comme trop petit (22 personnes).</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>L'analyse thématique des transcriptions d'entrevues a été réalisée avec le soutien de QSR NUD * IST logiciel (version 4) (Richards et Richards, 1998). Ce progiciel est conçu pour aider à la manipulation des données non numériques et non structurées dans les analyses qualitatives. Un cadre de codage a été élaboré, il contenait les thèmes pertinents de l'étude et les objectifs qui sont ressortis des entretiens. Les principaux thèmes abordés par le guide d'entretien ont été le point de départ et ont été inclus en tant que thèmes dans le cadre de codage au début du processus d'analyse. La trame de codage a ensuite été élaborée et de nouveaux thèmes et sous-thèmes ont émergé au cours de l'analyse.</p>
Présentation des résultats	<p><b>Divers thèmes ont été ressortis quant aux expériences des mères malades :</b></p>

	<p>- <i>Aspects positifs de la maternité</i></p> <p>De fortes opinions positives ont été très souvent exprimées au sujet de la maternité. Vingt des 22 ont déclaré que d'avoir des enfants leur avait donné un but dans la vie et leur avait fait se sentir respectées en tant que femmes, augmentation de leur estime de soi</p> <p>Six femmes ont décrit les enfants comme une motivation pour participer activement au traitement et pour s'engager avec les services psychiatriques de façon à prévenir les rechutes.</p> <p>- <i>Difficultés relatives à la maternité</i></p> <p>Presque toutes les femmes interviewées ont également commenté les difficultés ainsi que les aspects positifs de la maternité, et la plupart décrits la manière dont certaines de ces difficultés ont été exacerbées en ayant une maladie mentale.</p> <p>Six femmes ont parlé de la pression d'avoir à faire face en même temps à la charge</p> <p>Trois médicaments ont décrits comme portant atteinte à leur capacité à s'occuper de leurs enfants, car elles se sentaient ralenties et ressentaient des difficultés de concentration.</p> <p>Toutefois, un plus grand nombre (10/22) a rapporté que les symptômes de la maladie mentale, comme les symptômes de la dépression, la manie ou de psychose avaient été des obstacles à s'occuper de leurs enfants.</p> <p>Un dilemme particulier pour un grand nombre était le suivant : elles se sentaient confiantes en leur capacité à s'occuper de leurs enfants la majeure partie du temps, mais elles ont reconnu que leurs habiletés parentales ont été grandement altérées au cours des poussées de leur maladie. Par exemple, une femme qui s'occupait actuellement de ses enfants et a exprimé des opinions très positives sur l'expérience de la maternité a décrit un changement marqué quand ses symptômes sont devenus graves.</p> <p>- <i>Effets de la maladie mentale sur les enfants</i></p> <p>13 femmes ont exprimé une anxiété liée aux effets de leur maladie sur leurs enfants. Une peur était que leurs enfants deviennent eux aussi malades, pour des raisons génétiques ou environnementales.</p> <p>Ces femmes craignaient aussi que leurs enfants aient à prendre des responsabilités inappropriées à leur âge lorsque leur mère est malade.</p> <p>- <i>Stigmatisations</i></p> <p>Quatorze femmes ont estimé que la stigmatisation associée à la maladie mentale a créé ou exacerbé les problèmes. Cette stigmatisation les a empêchés de parler ouvertement des problèmes qu'elles ont vécus (ont décrit ceci comme un tabou).</p> <p>L'impact des stigmatisations sur les enfants et la possibilité que les autres aillent les rejeter était une préoccupation importante pour ces femmes.</p> <p>Alors que celles qui s'occupait de leurs enfants ont émis l'hypothèse que les malades mentaux ne sont pas</p>
--	---

	<p>nécessairement incompetentes ; celles qui avaient perdu la garde ont décrit des souffrances liées à la stigmatisation de ne pas pouvoir s'occuper de leurs propres enfants.</p> <p>Les résultats de cette étude sur la vision de ces femmes des services proposés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Perte de la garde</i></li> </ul> <p>Un thème central est ressorti tout au long des récits des femmes, il s'agissait du suivant : durant leurs interactions avec les professionnels des services de santé mentale et des services liés au bien-être des enfants, ils ont ressenti une peur omniprésente de perdre la garde. La principale fonction des agences réglementaires en matière de parentalité a été décrite par ces femmes comme étant de décider si les enfants devraient être enlevés de la garde de leur mère. Les services ont été considérés comme tout à fait prêts à répondre à ceci, mais comme ayant peu de réponses à d'autres besoins des femmes souffrant de troubles mentaux qui luttait pour s'occuper de leurs enfants.</p> <p>Celles qui avaient perdu la garde ont eu tendance à décrire cela comme un coup dur. Trois ont dit avoir perdu leur but dans la vie lorsqu'elles ont perdu la garde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Services de santé pour les adultes malades mentaux</i></li> </ul> <p>La plupart des participantes ont été en général satisfaites des soins de santé mentale qu'elles ont reçu (17/22). Les services ont été considérés comme facilement disponibles, et les professionnels ont été décrits comme étant soutenant, habiles et sympathiques.</p> <p>Cependant, il y avait un contraste entre ce point de vue général et les commentaires spécifiques sur la performance des professionnels de la santé mentale en lien avec leurs besoins en tant que mères. Elles ont signalé des raisons pour lesquelles des discussions à ce sujet n'ont pas eu lieu : les professionnels posent rarement des questions détaillées sur la vie sociale et familiale des femmes et sur leurs expériences de la parentalité.</p> <p>Trois femmes dont les enfants ont été adoptés ont décrit un profond silence de la part des professionnels de la santé à ce sujet.</p> <p>Les professionnels ont également été décrits comme ne reconnaissant pas les difficultés pratiques rencontrées par ces femmes en tant que parents adhérant à traitement. Toutes les femmes qui s'occupaient de leurs enfants ont identifié des difficultés à se rendre aux rendez-vous dans les services de soins de jour comme il n'y avait pas de crèche et que les locaux de services de santé mentale ne sont pas un environnement approprié pour les enfants.</p> <p>Trois femmes ont pensé que les effets secondaires du médicament ont porté atteinte à leur capacité à répondre aux besoins de leurs enfants, mais que cela n'a pas été suffisamment pris en compte par les professionnels.</p> <p>De nombreux participants (17/22) ont déclaré qu'ils hésitaient souvent à engager des discussions sur le rôle parental, même si la plupart étaient mécontentes de l'absence d'intérêts des professionnels en santé mentale à ce sujet-là. La raison la plus importante donnée par ces femmes était la peur de perdre la garde ou l'accès à leurs enfants.</p> <p>Pour celles qui avaient perdu la garde, un autre obstacle à l'ouverture était le manque de confiance en le rôle des professionnels de la santé mentale en raison de cette perte dans le passé.</p>
--	---

	<p>En revanche, cinq de ces femmes décrivent ne pas se sentir capables de parler de leurs expériences et de leurs difficultés en tant que mères aux professionnels de la santé. Chacune de ces femmes avaient cependant un « keyworker » (référent) cohérent avec qui elles avaient le sentiment d’avoir établi une relation de confiance. Cela a été perçu comme un soutien substantiel de la parentalité.</p> <p>- <i>Autres agences</i></p> <p>20/22 des participantes avaient eu des contacts avec un service d’autorité local pour les enfants et la famille. Toutes ont critiqué certains aspects du service qu'ils avaient reçu, et relativement peu exprimé des opinions positives. Les critiques étaient notamment les suivantes : incohérence des soins, manque de soutien pratique ou émotionnel de la parentalité et une tendance des aides à se retirer dès que la crise immédiate était résolu, même si un soutien continu aurait été évalué nécessaire. La menace de la perte de la garde domine les interactions avec les enfants et les équipes socio-familiales encore plus qu'avec les professionnels de la santé mentale:</p> <p>Toutefois, quatre ont décrit une période dans le passé où elles s’étaient senties bien soutenues par les services sociaux. Elles ont parlé de leur travailleur social comme étant cohérent, qui a écouté leurs préoccupations et qui semblait déterminé à les soutenir pour qu’elles puissent continuer à s'occuper de leurs enfants.</p> <p>Arrangements quand les mères étaient incapable de s’occuper de leur enfant</p> <p>Un thème récurrent était les difficultés qui se posent lorsque les mères ont eu une rechute. Certains ont eu le soutien disponible de la part de leurs proches ou du père de l’enfant. 6 de celles qui ont la responsabilité actuelle de leurs enfants n'ont pas eu un tel soutien, de sorte que leurs enfants avaient été placés en famille d'accueil où ils ont été admis à l'hôpital. Ces arrangements ont été souvent décrit plutôt négativement, en particulier lorsque les enfants avaient été placés dans plus d'un foyer d'accueil différent lors d'une admission, où les mères n’ont pas eu l'occasion de rencontrer les parents d'accueil.</p> <p>Toutefois, aucune des femmes de notre échantillon avaient séjourné là-bas avec leurs enfants. Une autre difficulté associée à l'hospitalisation était que, les unités hospitalières ont été considérées comme des endroits inappropriés pour les visites des enfants. Les principales raisons étaient l'imprévisibilité des autres patients et le manque d'installations adéquates pour les enfants, tels que chambres familiales séparés de la salle principale. Cela a souvent empêché les mères de rester en contact lors d'une admission.</p> <p>Trois femmes ont expliqué que les admissions l’ont conduite à d'importantes difficultés ultérieures dans leurs relations avec leurs enfants.</p> <p>- <i>Besoins de services</i></p> <p>A la fin de l'entrevue, les femmes ont été invités à parler de la façon dont elles pensaient que la prise en charge et les soutien offert aux mères souffrant de troubles mentaux et à leurs enfants pourraient être améliorées. Vingt des 22 ont senti qu'il y avait place à une amélioration. Huit voulaient davantage de soutien à la maison sous la forme de</p>
--	---

	<p>quelqu'un qui visite pour apporter une aide concrète aux responsabilités parentales et à parler des difficultés. Le soutien à long terme par la même personne a été considéré comme particulièrement souhaitable. Selon elles, les services s'impliquent qu'à partir du moment où les choses s'étaient considérablement détériorées.</p> <p>Sept ont dit qu'elles aimeraient avoir l'occasion d'assister à un groupe pour les mères ayant des problèmes de santé mentale, au cours duquel elles pourraient partager leurs expériences et obtenir des conseils pour mieux composer avec leur rôle parental.</p> <p>5 pensaient que des réunions de famille avec des professionnels de la santé mentale seraient utiles. L'un des objectifs identifiés pour ces réunions a été d'avoir un professionnel pouvant expliquer aux enfants la nature et les effets de la maladie de leur mère. Douze pensent que davantage de soutien doit être fourni pour les enfants.</p> <p>Les principales suggestions étaient des lieux où les femmes pourraient recevoir des visites de leurs enfants à l'hôpital, à l'écart des autres patients, les salles du même sexe, plus de places dans les établissements de soins aigus qui acceptent les femmes avec leurs enfants et les installations de crèche dans les centres de jour et des centres communautaires de santé mentale. Quatre ont estimé que les services sociaux des collectivités locales et les services de santé mentale pour adultes devraient collaborer plus étroitement en vue d'anticiper ou de réagir rapidement aux crises en développement.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b><i>Dilemmes auxquels sont confrontées les mères malades mentales</i></b></p> <p>Les conclusions de cette étude reflètent ceux de précédentes études nord-américaines sur plusieurs points. Les participants à l'étude ont exprimé des vues très positives de la maternité qui leur a donné un but dans la vie et un vécu émotionnel riche, qui ont été atténués par un large éventail de difficultés pratiques et émotionnels et les angoisses au sujet de leur propre bien-être et de celui de l'enfant</p> <p>La plupart a signalé peu de soutien et d'aide à des défis et des difficultés liées à la parentalité. Comme les études précédentes en Amérique du Nord, nos données suggèrent que les mères souffrant de troubles mentaux sont confrontés à un certain nombre de dilemmes et de conflits.</p> <p>Tout d'abord, un aspect positif de la maternité pour les femmes interrogées est que la maternité représente socialement «l'accomplissement en tant que femme». Cependant, la maternité chez ces femmes-là semble être perçue par le public et par les professionnels comme problématique en soi. Cela reflète probablement en partie les difficultés réelles que ce groupe rencontre dans la parentalité.</p> <p>Cela donne lieu à un éventail d'expériences de stigmatisation pour les femmes souffrant de troubles mentaux qui deviennent mères, et pour leurs enfants, qui semblent également être perçue comme entachée par cette maternité déficiente. Cependant, la perte de la garde d'un enfant porte également une stigmatisation puissante, un facteur qui rend peut-être les professionnels de santé mentale hésitants à discuter de cette expérience avec leurs patients.</p> <p>Beaucoup des femmes qui s'occupent actuellement de leurs enfants voudraient plus d'aide et estiment que cela pourrait prévenir les crises futures. Mais elles hésitaient car pensaient que les services peuvent être en droit de signaler des difficultés.</p> <p>Troisièmement, les responsabilités parentales et les exigences de faire face à une maladie mentale grave peuvent</p>

	<p>parfois entrer en conflit. L'adhésion à la participation à des traitements psychologiques et des programmes de jour peut être entravée par la problématique de la garde des enfants. Quand la santé mentale se détériore, il peut être souhaitable qu'un « bon patient » sera admis à l'hôpital lorsque les professionnels le recommandent, mais cela peut être en conflit aigu avec un « bon parent ». Elles se montrent alors réticentes à renoncer à la garde de leurs enfants et à séjourner dans un lieu qui n'est pas approprié pour les visites de l'enfant. Par intermittence, il peut être difficile ou impossible de s'occuper de leurs enfants en raison d'une rechute ; ceci représente un défi particulier. Ces questions avaient été discutées en détail dans quelques cas et une planification préalable avait eu lieu pour la gestion des crises: cela a été très appréciée.</p> <p><b>Implications pour les services</b></p> <p>Un aspect frappant des données était le large éventail de moyens proposés pour l'amélioration des services. Beaucoup semblent réalisables dans la pratique et certains exigent relativement peu de ressources. Les propositions étaient les suivantes :</p> <p>Une plus grande disponibilité des professionnels pour un soutien pratique et émotionnel dans le rôle parental, des crèches dans les service de santé et un espace dans l'hôpital pour accueillir les enfants qui rendent visite à leur mère hospitalisée. Un encouragement dans les compétences parentales, peut-être calqués sur ceux qui ont montré de bons résultats chez les parents d'enfants perturbés. La disponibilité des installations de relève et de planification préalable détaillée pour des périodes de rechute semble également souhaitable.</p> <p>Il semble hautement souhaitable que la perte de la garde soit un dernier recours.</p> <p>Les professionnels de la santé mentale travaillant avec reçoivent peu d'informations sur le support des parents ayant une maladie mentale. A l'inverse, les professionnels travaillant avec des enfants et des familles peuvent être limités dans leurs connaissances sur les affects et la fluctuation des maladies mentales.</p> <p>Dans les systèmes actuels, il semble difficile de savoir si quelqu'un possède les compétences nécessaires pour évaluer précisément si les mères souffrant de troubles mentaux sont sécuritaires et compétentes en tant que parents. Il paraît également difficile d'identifier leurs besoins en matière de soutien. Si le rôle de ces services est de détecter et de répondre aux difficultés avant d'arriver à une crise à laquelle la perte du moins temporaire de la garde est inévitable, les femmes ont besoin d'être encouragés à communiquer leurs problèmes de la parentalité. La crainte de perdre la garde est toujours susceptible de nuire à cela, mais la confiance peut être plus facilement mis en place si les professionnels semblent intéressés, informés et en mesure d'offrir d'autres interventions que l'enlèvement des enfants.</p> <p>Les points forts de l'étude sont le <b>recrutement d'un groupe ayant des problèmes de santé mentale de la gravité considérable</b> et la représentation d'une variété d'origines ethniques et un éventail d'expériences de la parentalité. <b>La nature qualitative</b> de l'étude a donné aux femmes la possibilité de décrire leurs expériences et exprimer leurs points de vue en détails.</p> <p>Une limitation importante est que nous sommes incertains de la mesure dans laquelle l'échantillon est représentatif des mères atteintes de maladie mentale grave. Les données complètes n'ont pas été obtenues sur le nombre et les caractéristiques des femmes qui n'ont pas été approchés ou ont refusé de participer.</p>
--	--

	<p>Une autre limitation possible provient du fait que <b>l'étude est essentiellement de nature descriptive</b>. Leurs récits sont en fait susceptibles d'avoir été façonnées par leur interaction avec les perceptions de l'interviewer.</p> <p>Une dernière limite est que la <b>zone d'étude englobait une seule fiduciaire de santé mentale et deux collectivités locales, les zones du centre de Londres, ayant des caractéristiques sociodémographiques très différentes de celles du pays dans son ensemble</b>. Les données du recensement indiquent également que la monoparentalité est particulièrement répandue. Les cotes de rendement pour les services sociaux des collectivités locales donnent à penser que leur qualité de service est similaire à celle dans la plupart du Royaume-Uni.</p>
Perspectives	<p>Dans un domaine où la recherche a jusqu'à présent été si limitée, particulièrement en Europe, <b>il est nécessaire d'investiguer de manière plus approfondies les visions et expériences de ces mères, et d'identifier les besoins de celles-ci et de leurs enfants</b>. En outre, il faudrait évaluer <b>l'impact des interventions telles que celles évoquées ci-dessus sur les résultats psychologiques et sociaux des mères et des enfants et sur le maintien de la garde</b>. Une question pertinente pour le bien-être des femmes qui ne sont pas à s'occuper de leurs enfants est la suivante : quelle serait la meilleure façon de les soutenir, et lorsque cela est possible, à obtenir l'accès et le maintien d'une relation avec leurs enfants. <b>Finalement, les expériences des pères ayant de graves maladies mentales</b>, la mesure dans laquelle ils entretiennent des relations avec leurs enfants et les facteurs qui influent sur cela, et les expériences de leurs enfants semblent donc loin voire pas documentés.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est bien écrit et très bien structuré. Les détails de la recherche sont suffisamment explicités pour permettre une analyse détaillée.</p>
Evaluation globale	<p>L'étude procure des résultats susceptibles d'être utilisés dans la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ces femmes ont le sentiment d'être peu soutenues par les professionnels de la santé dans leur rôle de mère → crainte d'en parler de peur de perdre la garde, MAIS ont besoin d'être encouragées à communiquer leurs problèmes liés à la parentalité.</li> <li>- Peur constante : perte de la garde</li> <li>- Difficulté associée à l'hospitalisation (crise) : manque d'endroit adaptés pour la visite des enfants</li> <li>- Ces femmes ont identifié les besoins de participer à des groupes avec d'autres mères malades</li> <li>- Difficultés liées à la rechute : perte momentanée de la garde, ne peuvent pas rencontrer les parents d'accueil</li> <li>- Maternité : donne un but dans la vie</li> <li>- Stigmatisation les a empêchés de parler ouvertement des problèmes qu'elles ont vécus en tant que mère</li> </ul>

## RECHERCHE 12 : EXCLUE

**Source :** Hohm, E., Hornstein, C., Rave, E., Schwarz, M., Trautmann-Villalba, P. & Wortmann-Fleischer, S. (2006). Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? *Archives of women's mental health*, 9, 279-284.

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	« Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders : is there a link », ce qui peut être traduit comme ceci: « Lien maternel et interaction mère-enfant dans les troubles psychiatriques graves du post-partum : y a-t-il un lien ? »
<b>Résumé</b>	L'étude est divisée en sept chapitres : résumé, introduction, méthode, résultats, discussion, remerciements et références. Le résumé est structuré ainsi : exposition de la problématique (dans la période périnatale, les mères sont vulnérables à un bon nombre de maladies psychiatriques), but de l'étude (enquêter sur les différences dans la perception de l'interaction mère-enfant en post-partum, chez des femmes sévèrement dépressives ou psychotiques ; analyser ceci de manière subjective et objective), résultats (mères dépressives perçoivent leur lien avec l'enfant d'une manière plus négative que les mères psychotiques, aucune différence identifiée lors de mesures objectives entre les deux groupes), discussion, mot-clé.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème est clairement défini : les femmes, en période périnatale sont plus vulnérables à un grand nombre de pathologies psychiatriques. La symptomatologie ne diffère pas des troubles qui se développent hors périnatalité, bien qu'il soit typique pour des troubles psychiatriques du post-partum que la relation au nouveau-né occupe une place importante et se traduise par des symptômes différents. Deux éléments sont principalement touchés par les troubles psychiatriques : le lien (= propre perception de la mère de sa relation affective à son enfant) ainsi que l'interaction (= comportement entre la mère et l'enfant).
Recension des écrits	La recension des écrits est développée dans l'ensemble de l'introduction, en citant diverses études et auteurs.
Question de recherche	La question de recherche est formulée sous forme de but, dans le dernier paragraphe de l'introduction : dans cette recherche, « nous présentons les résultats sur le lien maternel avec l'enfant et sur l'observation de l'interaction chez les femmes dépressives et psychotiques. En outre, la relation entre la propre perception du lien et l'interaction est investiguée et ses relevées cliniques sont discutées » (p.280). Cette question de recherche découle clairement de l'état des connaissances.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Il s'agit d'une étude longitudinale en cours de thérapie de mères présentant des troubles psychiatriques du postpartum (p.280). C'est donc un devis quantitatif
Population et contexte	La description de l'échantillon est détaillée : il s'agit de patientes de l'unité mère-bébé du département de psychiatrie et de psychothérapie de Wiesloch (Allemagne). Finalement, l'étude est portée sur 35 femmes avec de sévères troubles du



	<p>post-partum (18 dépressives et 17 psychotiques), mères d'enfants de 0 à 7 mois.</p> <p>Les chercheurs ont établi divers critères qui ont été respectés pour les 35 femmes précitées : femmes ayant un trouble psychiatrique du postpartum, admises avec leur bébé à l'hôpital entre mai 2003 et septembre 2005, enfant entre 0 et 24 mois, déficit subjectif ou objectif des compétences maternelles.</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Les instruments de mesures</u> sont décrits précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entretien standardisé</b> : utilisé durant la première semaine après l'admission, pour évaluer l'âge, le statut familial, l'éducation, les données sur l'enfant</li> <li>- Pour obtenir des informations détaillées sur la psychopathologie et pour fournir des preuves de la dégradation importante du fonctionnement social ou professionnel, il était demandé au médecin traitant de remplir deux échelles : the Clinical Global Impression (<b>CGI</b>) (National institute of mental health 1970) ainsi que le « Social and Occupational Functioning Assessment Scale according to DSM-IV-TR (<b>SOFAS</b>) (Startup et al, 2002)</li> <li>- Pour obtenir des informations plus détaillées sur le diagnostic, un psychologue clinicien indépendant est intervenu en utilisant le « Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, German version) (<b>SCID I</b>).</li> <li>- Pour évaluer l'état clinique de la schizophrénie, et plus particulièrement les symptômes positifs et négatifs, une sous-échelle de « The Positive and Negative Syndrome Scale » (<b>PANSS</b>) a été utilisée.</li> <li>- Pour déterminer la sévérité de la dépression, « the Hamilton Depression Scale » (<b>HAMD-21</b>) a été utilisée.</li> <li>- Pour mesurer auprès des mères leur propre perception (mesures subjectives) du lien à leur enfant, « the Postpartum Bonding Questionnaire » (<b>PBQ</b>) a été utilisé durant la première semaine d'hospitalisation.</li> <li>- Une <b>procédure observationnelle</b> a été utilisée pour évaluer la qualité de l'interaction mère-enfant (mesures objectives), à l'aide de « the categorical system for micro-analysis of the early mother-child interaction » pour déterminer les différents aspects de la mère et de l'enfant durant l'interaction. : les mères et leur enfant étaient observés (plusieurs caméras permettant de voir la mère et l'enfant) dans une situation de soin ou de jeu.</li> </ul> <p>Une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments utilisés est objectivable. En effet, les instruments utilisés permettent de définir précisément la situation de la patiente, la pathologie ainsi que la symptomatologie au moment de l'étude.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est très bien décrite.</p> <p>L'étude a été approuvée par « the ethics committee of the Landesärztekammer Baden-Wuerttemberg » et tous les participants ont signé un consentement écrit.</p>
Rigueur	<p>Le déroulement de l'étude est suffisamment étayé pour que les conclusions soient crédibles et transférables.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les méthodes de traitement des données ont été suffisamment décrites et sont explicitées de manière structurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Démographie</u> : les caractéristiques démographiques et cliniques des mères dépressives et psychotiques et de leur enfant sont présentées dans un tableau. Ils indiquent que les deux groupes n'ont pas de différences significatives que se soit par rapport aux données relatives à la mère ou à l'enfant</li> <li>- <u>Psychopathologie</u> : les deux groupes ne différaient pas significativement dans le CGI, dans l'âge de l'apparition des</li> </ul>

	<p>troubles psychiatriques ou dans le nombre de tentatives de suicide. Cependant, les mères psychotiques avaient été traitées dans des hôpitaux psychiatriques plus souvent que les mères dépressives, et leur SOFAS (= score de fonctionnement social et occupationnel) avait tendance à être plus faible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Expérience subjective du lien (PBQ)</u> : des différences significatives ont été identifiées entre les mères dépressives et psychotiques, dans les sous-points « atteinte au lien » et « rejet et colère ». Dans ce score, seulement les mères au-dessus de la limite recommandée (par l'auteur du score) ont présenté des troubles du lien.</li> <li>- <u>Mesures objectives de l'interaction mère-enfant (MCI)</u> : Le comportement des mères dans l'interaction avec leur enfant (réactivité et style d'interaction) n'a pas été différent entre les mères dépressives et les mères psychotiques. La seule différence significative dans l'interaction mère-enfant a été observée non pas avec les mères, mais avec les enfants de mères psychotiques: ils ont montré beaucoup plus d'évitement de contact avec les yeux que les enfants de mères dépressives.</li> <li>- <u>Association entre l'expérience subjective de la liaison et la mesure objective des interactions mère-enfant</u> : chez les mères dépressives, on a pu associer la qualité de l'autoévaluation du lien et l'observation des expressions péjoratives à l'égard de l'enfant. Mères dépressives ayant des notes élevées pour le rejet massif et la colère ont présenté une tendance à interrompre un jeu stimulant de manière abrupte sans remarquer des signaux clairs de la part de l'enfant. Les enfants de ces mères-là ont montré une tendance à éviter le contact visuel. Enfin, l'anxiété au sujet des soins a été associée à l'absence de réactivité chez la mère.</li> </ul> <p>Les résultats obtenus pour le groupe des mères psychotiques n'ont révélé que des associations négatives: les mères qui ont obtenu peu dans la balance de la PBQ, indiquant un lien non altéré, ont montré plus de sur-stimulation et de réactivités motrices.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés de manière extrêmement claire et structurée. Trois tableaux sont présentés (démographie sociale et de la psychopathologie des mères: différences entre les groupes, mesures subjectives et objectives de l'expérience du lien et de l'interaction mère-enfant, association entre PBQ et MCI chez les mères dépressives et psychotiques)</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>A noter que la grande majorité des mères avait un partenaire.</p> <p>Les 35 participantes à l'étude étaient de manière égale sévèrement atteintes par leur maladie et dans leurs compétences sociales, même si les mères psychotiques avaient un historique médical plus difficile (+ d'hospitalisation).</p> <p>Cet historique médical est d'autant plus important que l'expérience du lien des mères dépressives présentait un contraste avec celle des mères psychotiques. Seules les mères dépressives ont atteint des résultats significatifs avec le CGI, alors que les mères psychotiques ont senti une bonne liaison avec leur enfant. Ces différences sont probablement une expression de la psychopathologie (sentiment d'inadéquation, pensées négatives, doute de soi influencent l'expérience du lien des mères dépressives). Les mères psychotiques n'ont pas décrit de telles déficiences dans leur lien à l'enfant. Ceci peut être le résultat des mères psychotiques ayant une moins bonne capacité d'introspection et, peut aussi montrer leurs <b>efforts pour se conformer</b> (mères psychotiques vivent dans la peur constante de perdre la garde de leur enfant). Les mères dépressives expriment toutefois un désir de se débarrasser de leur enfant (par ex. adoption). Ce souhait</p>

	<p>proviendrait de l'absence de lien causé par la symptomatologie de la dépression. → dans la pratique clinique, le contraste entre les paramètres subjectifs et objectifs de la relation mère-enfant est important.</p> <p>Aucune différence n'a été identifiée lors de l'évaluation objective de l'interaction mère-enfant. Cette constatation diffère des résultats d'une étude antérieure comparable où le comportement interactif des mères psychotiques était plus gravement handicapé.</p> <p>Des symptômes généraux non-spécifiques des affects, de la conduite et de l'activité psychomotrice, associés aux symptômes négatifs, semblent <b>influencer le comportement interactif des patientes psychotiques</b> de la présente étude, plus que les symptômes typiques du diagnostic, en particulier compte tenu que la plupart des mères psychotiques souffraient encore de symptômes positifs au moment de l'admission. Point de vue confirmé par une étude de 1999.</p> <p>Le plus remarquable dans cette étude, est la différence dans le comportement interactif des enfants, particulièrement l'évitement du contact visuel avec la mère psychotique diffère sensiblement de celui des enfants de mères dépressives. Le refus de contact visuel a été décrit dans la littérature comme un comportement d'autorégulation dans l'interaction avec la mère. Cet effort d'autorégulation est, selon cette étude, particulièrement prononcé chez les enfants de mères psychotiques. Cette plus forte tentative à l'autorégulation pourrait être un signe d'une plus grande vulnérabilité au stress chez les enfants de mère psychotiques.</p> <p>Dans les deux groupes, il y avait un lien entre l'obligation d'auto-perception (subjectif) et le comportement observé en interaction avec l'enfant (objectif). Le plus faible lien des mères dépressives les a conduit, dans leur relations à l'enfant, à un manque de réactivité, un comportement péjoratif envers l'enfant et une rupture de la stimulation, tandis que la sur-stimulation et la réactivité motrice accrue des enfants de mères psychotiques reflètent les efforts des mères schizophrènes qui se sont senties bien en lien avec leur enfant.</p> <p>Les résultats montrent que les aspects subjectifs et objectifs de la maternité sont étroitement liés les uns aux autres. La PBQ fonctionne bien pour évaluer les aspects subjectifs chez les patients dépressifs comme chez les patients psychotiques. Selon ces résultats, il permet de tirer des conclusions sur le comportement d'une mère, seulement si l'état actuel des aspects relationnels de la mère et de l'enfant son inclus.</p> <p>Des informations recueillies uniquement avec la PBQ sont limitées pour être utilisées pour faire des conclusions quant aux habileté parentales des mères malades.</p> <p>La recherche permet de se faire une idée plus concrète du sujet, elle compare ses résultat avec une autre étude menée en 1999 sur le même thème et tente d'expliquer les différences trouvées.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas explicitées dans cette recherche. Cependant, je peux en identifier certaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude a été menée auprès de 35 personnes, dont 17 mères psychotiques. C'est donc un nombre passablement petit pour en faire de véritable conclusions.</li> <li>- La manière dont les femmes ont été abordées pour leur demander leur participation à l'étude n'est pas expliquée.</li> <li>- Les résultats pourraient être plus expliqués et étayés par des explications plus concrètes et plus précises.</li> </ul>
Perspectives	<p>Les chercheurs comparent leurs résultats à leur pratique clinique mais ne traitent pas des conséquences sur la pratique clinique et sur les travaux à venir. C'est peut-être une limite supplémentaire de l'étude.</p>

<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est très bien écrit, clair et extrêmement bien structuré. Malgré certains manques (notamment les limites de la recherche, les perspectives pour de futures recherches et les conséquences sur la pratique clinique), il est suffisamment détaillé pour permettre une analyse critique et minutieuse des données.
Evaluation globale	L'étude procure des résultats probants, susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière (comportements d'autorégulation de l'enfant ; efforts des mères psychotiques pour se conformer ; crainte de perdre la garde de l'enfant ; les symptômes généraux des affects, de la conduite et de l'activité psychomotrice, ainsi que les symptômes négatifs, semblent influencer le comportement interactif des patientes psychotiques, plus que les symptômes négatifs ; sur-stimulation des enfants de mères psychotiques). Cependant, l'étude et notamment les résultats de celles-ci sont passablement éloignés de la question de recherche. Ainsi je pense exclure cette étude pour l'élaboration de cette revue de littérature.